



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA-MANAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA RAAS 2005 – 2007

Tesis para optar al Título de Maestra en Salud Pública

**Repercusión socio-cultural y psicológica de pacientes con cáncer
cérvico uterino, Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco”,
Bluefields RAAS 2005 - 2006**

Autora: Helen Hodgson Hodgson
Tutora: Martha González Moncada
MD., MSc. Epidemiología, PhD

Bluefields, Febrero 2008

DEDICATORIA

A mis padres que siempre me alientan a continuar preparándome para adquirir nuevos conocimientos y servir mejor a nuestra región.

A mi esposo, hijos y sobrinos por su apoyo incondicional y motivación para continuar esta Maestría, adaptándose al tiempo limitado durante los últimos dos años.

En honor a ellos, dedico esta tesis como fruto de los sacrificios compartidos como familia.

AGRADECIMIENTO

Al Todopoderoso que me ha guiado e iluminado para culminar esta maestría.

Agradezco el apoyo y la amistad brindado por todos los docentes del Centro de Investigaciones y Estudios de la salud (CIES), por la información compartida, sus consejos, orientación, y motivación en los momentos difíciles.

A mis compañeros de la maestría y en especial a las compañeras de grupo con quienes compartimos muchos conocimientos, tiempo y amistad.

RESUMEN

Esta tesis tiene como objetivo describir las repercusiones socio-culturales y psicológicas del cáncer cérvico uterino en las mujeres atendidas en el HRESB de Bluefields en el periodo del 2005 – 2006 con el propósito de conocer la problemática y utilizar los resultados para concientizar a los organismos rectores y a la sociedad en general; debido a las implicaciones complejas que representa para la mujer y su familia.

Es un estudio descriptivo serie de casos que tiene como universo y muestra 36 pacientes del casco urbano de Bluefields, 6 fueron excluidas por no tener dirección exacta en el expediente ya que la información primaria fue obtenida a través de una entrevista directa en sus casas de habitación, a la paciente y/o al familiar más cercano en caso de fallecimiento.

Obteniendo los siguientes resultados relevantes: Son mujeres jóvenes entre la tercera y cuarta década de la vida, activas económicamente, algunas jefa de hogar, mayoría son diagnosticadas en etapas muy avanzadas, dejando muchas familias desintegradas por fallecimiento prematuro en un 40%, con un promedio de vida potencialmente perdida (VPP) de 27.3 años por paciente.

Como consecuencia existen importantes secuelas o limitaciones en la vida social, psicológica y sexual de estas pacientes e incluso en otros miembros de las familias, que no reciben el apoyo psicológico pertinente. Las pacientes y sus familiares desconocen en su mayoría las causas y formas de prevención del cáncer cérvico uterino, lo que favorece la persistencia de dicha patología, el incremento de su incidencia y las repercusiones sociales no deseadas como morbi-mortalidad de la población femenina; muerte prematura de las principales cuidadoras de los niños en el hogar entre otros.

Se recomienda al MINSA; realizar búsqueda activa de las pacientes a través de campañas de concientización y toma de citología cervical, haciendo uso de los programas preestablecidas como salud sexual y reproductiva (SSR) y otros, enfatizar la educación del adolescente e involucrar al sexo masculino. Monitorear los programas de promoción prevención y atención del CACU, así como el de atención integral a la mujer AIMNA. A las familias y sociedad en general que asistan y apoyen estas iniciativas.

INDICE

DEDICATORIA	.....	i
AGRADECIMIENTO	.....	ii
RESUMEN	.....	iii

CAPITULOS		Pág.
I. INTRODUCCION	.....	1
II. ANTECEDENTES	.....	3
III. JUSTIFICACION	.....	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	.....	6
V. OBJETIVOS	.....	7
VI. MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA.....		8
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	.....	18
VIII. RESULTADOS	.....	22
IX. ANALISIS Y DISCUSIÓN	.....	30
X. CONCLUSIONES	.....	41
XI. RECOMENDACIONES	.....	44
XII. BIBLIOGRAFIA	.....	46
ANEXOS:	.....	48

Instrumentos: Cuestionarios
Operacionalización de los variables
Cuadros

I. INTRODUCCION

El carcinoma de cuello uterino es un tumor cuya mortalidad y morbilidad han disminuido en las últimas décadas, en países desarrollados; no obstante en Latino América y El Caribe las tasas de mortalidad siguen siendo elevadas, a pesar de que esta patología puede ser diagnosticada en etapas tempranas.

En países con economía en desarrollo, el cáncer cérvico uterino es el tumor más frecuente y constituye un factor significativo como causa de muerte en mujeres con una tasa de 30/100,000. (1)

El cáncer del cuello uterino es uno de los problemas de salud pública más importante de Centro América tiene una de las más altas tasas de mortalidad por cáncer cervical a nivel mundial, además es la primera causa de muerte entre mujeres de 30 a 60 años.

Nicaragua tiene la más alta tasa de mortalidad a nivel centroamericano y ocupa el segundo lugar a nivel de Latinoamérica (33 / 100,000) con una morbilidad de (61 / 100,000) según datos de la Organización Mundial de la Salud, 2004 (2).

La tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 35 años y más para el 2003 era de 28 / 100,000 mujeres en edad fértil.). Es la causa de muerte número uno entre las mujeres en el país, sobrepasando las muertes maternas a nivel nacional. Ha cobrado la vida de 240 mujeres nicaragüenses en el 2004 y 205 mujeres en el 2005. El año 2006 murieron 228 mujeres por esta enfermedad que es 100% prevenible; si es detectada a tiempo, curable. Una pérdida de vidas humanas totalmente innecesaria e injustificable. (3)

Representa para la RAAS una tasa 28.3 en 2004 y 23.7 /100,000 para el 2005 en relación a nivel nacional que represento 18.7 y 16 respectivamente.

La Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS) no es la excepción, como parte de Nicaragua comparte las afectaciones devastadoras de esta patología; el cáncer

cérvico uterino ocupa el primer lugar dentro de los tumores malignos en la población femenina, durante los últimos cinco años, se han presentado un total de 179 casos de cáncer en la población femenina y el cervical representa el 63% (114 pacientes).
(4)

La repercusión en la calidad de vida es un factor importante a valorar en las mujeres con cáncer cérvico uterino, ya que esta enfermedad provoca alteraciones en diversos aspectos de la vida incluso la muerte prematura, afectando a mujeres cada vez más jóvenes aún en edad reproductiva, con su inevitable impacto social. Su abordaje debe ser integral, tomando en cuenta no solo el aspectos físicos, pero también otros aspectos difíciles de abordar, consideradas secundarias muchas veces por el profesional de la salud, como son el social, cultural, psicológico y económico.

El propósito de este estudio es conocer la problemática y utilizar los resultados para concientizar a los organismos rectores y a la sociedad en general; que mas allá de la enfermedad, existen implicaciones complejas para la mujer, para su familia, e incluso la sociedad misma a consecuencia de una patología catastrófica, que es prevenible y/o curable en sus etapas tempranas, las mismas podrían evitarse con las intervenciones oportunas.

II. ANTECEDENTES

En Nicaragua el cáncer cérvico uterino (CACU) representa el 20% de muerte en mujeres mayores de 50 años y el 45% en mujeres jóvenes, este tipo de cáncer tiene tendencia al incremento, por una baja cobertura de papanicolaou el cual alcanza solamente el 10.7% de las mujeres en riesgo. (5)

Estudios llevados a cabo por el Centro Nacional de Radioterapia (Managua), estiman que el cáncer cérvico uterino se sitúa en segundo lugar como causa de muerte. Dentro de los casos de cáncer registrados en dicho centro en un período de 4 años (1,995-1,998), reportándose un total de 1,405 casos de cáncer cérvico uterino, siendo el grupo más afectado el comprendido entre las edades de 41 a 50 años, el 40.2% de estos casos corresponden o se encuentran en estadio clínico II del cáncer y el 34.6% en estadio clínico III. En relación al tipo histopatológico el cáncer epidermoide se presenta en mayor porcentaje (92%). (6)

Según datos del programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y al Adolescente (AIMNA) en el año 2000 y 2003 a nivel nacional, la RAAS ocupó el segundo lugar, hasta la actualidad continúa en esa posición; siendo la edad mayor afectada a partir de los 35 años de edad. En lo que respecta a la región la primera causa de morbilidad por cáncer en la mujer es el CACU, de los 114 casos reportados hasta primer semestre 2006 el municipio de Bluefields aporta 85 casos.

Durante los últimos años de 1997 a 2003 en RAAS se presentaron un promedio de 6 mujeres fallecidas por año, las cuales corresponden a 6, 8, 5, 5, 4, 9, 2, respectivamente, para un total de 39 casos, de los cuales Bluefields apporto 20. (7)

El estudio mas reciente (Situación del Cáncer Cérvico uterino en Pacientes Atendidos en el Hospital Ernesto Sequeira Blanco, 2006) el cual concluye que el 50% de los casos corresponden al CACU in situ y el otro 50% son cáncer invasor, el 17% son mestizas y el 6.8% son creoles seguidos de las miskitas. Edades más afectadas 30 a 59 años 60 % en insitu e invasor, mujeres económicamente activas jefas de familia.

El 60 % eran del área urbana y el 40% rural. Se aproxima a los datos nacionales y latinoamericanos, que le aportan datos interesantes que soportan este estudio.

Datos estadísticos obtenidos del hospital de los casos tratados en dicho centro 2005, fueron 22 casos 11 CACU in situ que se resolvieron en este centro asistencial (6 conos cervicales terapéuticos y 5 histerectomías). Los otros 11 casos son cáncer invasor, siete de las pacientes están entre las edades de 29 a 48 años; fue necesario trasladarlas al Hospital Bertha Calderón Roque para tratamiento oncológico, algunas recibieron apoyo de la institución. (8)

Los estudios encontrados son pocos y están relacionados a la situación de cáncer cérvico uterino en la región o nacional, su diagnóstico citológico y la epidemiología de dicha patología, pero aún nada sobre la repercusión y/o alcance de esta patología en el aspecto socio-cultural y psicológico en la Región Autónoma del Atlántica Sur de Nicaragua.

III JUSTIFICACION

Día a día convivir y compartir con las mujeres un resultado de citología cervical o biopsia que diagnostica cáncer cérvico uterino. La desesperación, la frustración, el tiempo de espera, la presión económica, así como lo complejo del tratamiento; sin dejar de un lado la carga emocional que representa para dicha familia. Todas estas situaciones motivaron el interés y la dedicación necesario.

Nicaragua es un país subdesarrollado que tiene una alta incidencia de CACU (45% de estas pacientes están comprendidas entre 20 y 34 años), cada año alrededor de 300 mujeres mueren en Nicaragua por esta causa. (5)

En la RAAS, se percibe la afectación a mujeres jóvenes, económicamente activas y/o jefas de familia con repercusión en los distintos aspectos de la vida de dichas pacientes. No existen intervenciones relacionados a la repercusión psicológica y sociocultural de los pacientes con CACU, esto deja la inquietud y surge la necesidad de realizar el estudio, para obtener las posibles respuestas pertinentes en relación a dichos aspectos; serán de utilidad a la población femenina, al hospital, SILAIS y a toda la sociedad. De esta manera solicitar el apoyo necesario en los diferentes niveles pertinentes para mejorar en la atención y así minimizar de alguna manera las dificultades que atraviesan las mujeres costeñas. Enfatizando en la necesidad de prevenir o detectar precozmente dicha patología; que es más beneficioso y económico que el tratamiento requerido en el cáncer cérvico uterino.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta los distintos aspectos, social, psicológico-sexual se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuales son las repercusiones socio - culturales y psicológicas de las pacientes con cáncer cérvico uterino, Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco”, Bluefields RAAS 2005-2006?

De la pregunta del estudio se derivan las siguientes interrogantes:

¿Cuales son las características demográficas más relevantes de las pacientes con cáncer cérvico uterino?

¿Cual es la repercusión socio-cultural del cáncer cérvico uterino, en la vida de la paciente y su familia?

¿Cual es la repercusión psicológica del cáncer cérvico uterino en la vida de la paciente y su familia?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Conocer las repercusiones socio-culturales y psicológicas de las pacientes con cáncer cérvico uterino en el hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, RAAS 2005 -2006.

5.2 Objetivos Específicos

1. Reconocer las características demográficas más relevantes de las pacientes con cáncer cérvico uterino.
2. Identificar la repercusión socio-cultural del cáncer cérvico uterino en la vida de la paciente y su familia.
3. Describir la repercusión psicológica y sexual del cáncer cérvico uterino en la vida de la paciente y su familia.

VI. MARCO REFERENCIAL

El cáncer cérvico uterino es el resultado final de una serie de alteraciones progresivas en las células epiteliales, y ocurre con más frecuencia en la unión escamocilíndrico del cuello uterino.

La infección del cuello uterino por el virus del papiloma humano es la causa más común de este tipo, sin embargo no todas las mujeres con infecciones por virus del papiloma humano padecerá cáncer del cuello del útero, existen otros factores de riesgo asociados como la multiparidad, tener muchas parejas sexuales, mantener la primera relación sexual a edad temprana, fumar cigarrillos, dieta deficiente en vitamina A y C, uso de anticonceptivos orales, sistema inmunitario debilitado, también las mujeres que no realizan su prueba de Papanicolaou con regularidad enfrenta un mayor riesgo de padecer de cáncer.

Las mujeres Nicaragüenses tienen derecho a una vida saludable y que el estado vigile y garantice las condiciones necesarias para tal fin; tiene su soporte legal en los compromisos de país a nivel internacional, “conferencia sobre población”, “conferencia sobre la mujer”, “conferencia mundial sobre derechos humanos y reproductivos” (5); las cuales son reforzadas a nivel nacional en la “Constitución política de Nicaragua. Art. 59 “Los Nicaragüenses tienen derecho por igual a la salud. El estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación”.(9), estos respaldados también por la “Ley de autonomía”. (10)

La ley general de salud (Ley no.423) también tiene sus especificaciones al respecto en su reglamentación, título X “De la atención integral a la mujer, la niñez y la adolescencia”.(11) Mas detallado esta en el “Plan Nacional de Salud” (2004 – 2015) hace referencia “Aumentar la sobrevivencia de las personas adultas mayores, mediante el diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y oportuno de las afecciones crónicas,

incluyendo las degenerativas de la edad adulta, diabetes mellitus, hipertensión, tumores malignos como el cáncer cérvico uterino y de mamas en MEF. (12)

En los últimos 20 años el aumento del número de casos de cáncer cervico uterino, se ha traducido en un aumento de la mortalidad en mujeres cada vez más jóvenes, entre los 35 y 39 años de edad. La razón no está muy clara, pero podría guardar relación con el aumento de la incidencia a la exposición al virus del papiloma humano (HPV) y la falta de acceso a los servicios de salud adecuados, uno de los tipos de lesiones malignas más prevenible, detectable y tratable, se ha convertido en una causa importante de mortalidad entre las mujeres. Representa desafíos importantes para las mujeres, especialmente las pobres, además de la falta de recursos, la paciente enfrenta el problema de la baja utilización de los servicios de salud, debido a barreras culturales y geográficas, el mal trato que reciben las mujeres por parte del personal de salud, la mala calidad de las muestras y de su interpretación, y a la baja notificación de los resultados.

- Las mujeres, en particular las de países en desarrollo, tienen poco acceso a los servicios de salud gratuitos, o no tienen dinero para pagar los análisis. Además, si estos servicios están disponibles probablemente están en los centros urbanos, limitando su acceso a las mujeres que viven en zonas rurales.
- Comúnmente, la mujer le da prioridad a la salud de su familia que a la propia. Si hay dinero para servicios médicos, ella lo gastará en sus hijos y no en sí misma.
- El temor a su pareja también puede desalentar a la mujer de hacerse las pruebas periódicas para detectar el cáncer cérvico uterino. Él puede oponerse a que visite al ginecólogo, a pagar por la prueba o por el costo del transporte a la clínica o al hospital.

- En muchas sociedades la mujer no controla sus relaciones sexuales. El que la mujer tenga o no control de cuando, cómo y con quien tiene contacto sexual es de suma importancia para poder protegerse contra el HPV.
- Las experiencias negativas con médicos u otros profesionales de la salud en general pueden también ser un impedimento a someterse a los exámenes periódicos.
- En Latinoamérica los exámenes normalmente tienden a estar vinculados a los programas de planificación familiar, beneficiando primordialmente a pacientes menores de 30 años. Dado que el grupo de mujeres que corre el mayor riesgo de cáncer cérvico uterino es de 25-60 años de edad, estos programas no son muy eficaces.
- La falta de información sobre el procedimiento, o el temor a los resultados puede disuadir a la mujer de hacerse los exámenes periódicos. (13)

Esta se considera una enfermedad catastrófica por su alta incidencia (en Nicaragua y América latina), por la evolución terminal de la paciente y los altos costos que implica para las instituciones y las familias ya empobrecidas de ésta región.

La calidad de vida es una noción humana subjetiva que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, y social, así como con el sentido que le atribuye a su vida. La OMS la define como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

El aspecto físico de la calidad de vida de las mujeres con cáncer cérvico uterino es necesario describirlas para entender las repercusiones que tiene en el aspecto social, sexual y psicológico de la mujer afectada, las alteraciones físicas están sujetas principalmente a la modalidad de tratamiento utilizada.

Las pacientes sometidas a radioterapia son las que presentan mayores alteraciones, entre las cuales se encuentran las gastrointestinales como la diarrea; las genitourinarias como polaquiuria, disuria, cistitis, secreción vaginal abundante, irritación vaginal, sequedad vaginal, estrechez vaginal, acortamiento vaginal, dispareunia, necrosis cervical, y las fístulas genitourinarias y rectovaginales; además irritación en piel irradiada, cansancio y debilidad, estos síntomas en el período agudo alteran principalmente el bienestar físico. Tres a cuatro años tras la radioterapia, persisten síntomas como diarrea y fatiga crónica, las que tienen un gran impacto en el deterioro de la función social y la calidad de vida general hasta veinte años post tratamiento.

La quimioterapia es la modalidad de tratamiento que presenta alteraciones a corto plazo en todas las dimensiones de la calidad de vida, debido a la sintomatología aguda que ésta provoca. Los efectos secundarios que presentan las mujeres sometidas a éste tratamiento dependen de la terapia utilizada. Durante el período de administración de la quimioterapia existe una gran intensidad de síntomas, los que deterioran la Calidad de Vida general, especialmente el ámbito físico y social, debido al malestar que estos provocan. (14)

Las mujeres con cáncer cérvico uterino que son sometidas a mayor número de tratamientos y procedimientos médicos presentan peores índices de calidad de vida, que repercute en los diferentes aspectos mencionados, esto se debe a que presentan mayor número de efectos secundarios de los distintos tratamientos que van deteriorando su bienestar general.

REPERCUSION SOCIO –CULTURAL

Factores sociales : características comunes de las personas, o la estructura social y cultural además de normas y valores generales.

Factores culturales: es el conjunto de todas las formas de vida y expresiones de una sociedad determinada, incluyendo costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas, manera de ser, de comportarse, vestir además de religión, rituales y creencias.

Desde otro punto de vista, cultura es toda la información y habilidades que tiene el ser humano.

El examen ginecológico, en tanto implica la intromisión de un profesional en partes íntimas del cuerpo y los genitales son partes privadas en este medio y aún en culturas que valoran muy positivamente la sexualidad, además el miedo a contraer infecciones o cáncer; es fácil entender que posterguen la toma del Papanicolaou, lo cual son obstaculizadores de la posibilidad de que las mujeres acudan a realizarse el Papanicolaou con la periodicidad requerida para que sea eficiente.

El cáncer cérvico uterino al estar relacionado con la promiscuidad sexual trae como consecuencia un estigma social que provoca en la mujer aislamiento por vergüenza, rabia, negación y depresión. El apoyo social de la familia, pareja y amistades constituye la clave para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad. El no tener una red de apoyo social, puede favorecer el uso de estrategias de afrontamiento poco efectivas tales como el abuso de sustancias y la negación.

El sistema familiar completo entra en crisis con el diagnóstico de cáncer. Necesitan estar informados de la enfermedad y clarificar mitos y creencias al respecto. La reinserción de la mujer a las actividades habituales ocurre aproximadamente a los dos años posteriores al tratamiento, por los efectos secundarios del tratamiento recibido.

El apoyo social recibido es significativo, sobre todo partir de los seis meses post tratamiento, ya que es ahí cuando la mujer percibe la necesidad de hablar y compartir experiencias de tener cáncer, del tratamiento y de los efectos secundarios de éste, dado que se produce una estabilidad en las alteraciones físicas. También necesitan interactuar con mujeres que han tenido tratamiento similar, para poder hablar con alguien que las pueda entender, escuchar y poder recibir apoyo y reconocimiento de su mejoría y progreso. Un apoyo social indirecto, percibido por las mujeres con cáncer cérvico uterino, el amor por sus hijos y el cuidado continuo de éstos, es la principal motivación. (14)

Cabe destacar los efectos devastadores de la muerte prematura, cuando una mujer muere, la familia corre el riesgo de desintegrarse al perder a la responsable principal del cuidado de los hijos; éstos pierden oportunidades de crecer sanamente, de vivir con bienestar e, incluso, de sobrevivir; la comunidad pierde a un miembro fundamental, y la economía pierde la contribución de la mujer a la fuerza de trabajo.

CONCEPTOS:

Enfermedades catastróficas, producen un daño severo, asimilándolas a las enfermedades de alto costo o baja incidencia; su incidencia ya dejó de ser un factor determinante para su identificación, hoy en día se relaciona más al costo; si el costo de su tratamiento no es posible de ser financiado por un individuo o un grupo reducido de personas, estamos en presencia de una enfermedad catastrófica independientemente de su alta o baja incidencia

Integración familiar: si los dos jefes del hogar, ya sean padre y madre; esposo y esposa; compañero y compañera están juntos y viven juntos de manera permanente.

Familia desintegrada, si falta uno de los jefes o si viven ocasionalmente con ellos.
O cuando una persona vive sola.

Familia numerosa: hijos dependientes , uno o dos ascendentes con tres o más hijos comunes o no; o dos si uno es discapacitado.

Hijos dependientes incluye hijos solteros menores de 21 años conviviente y económicamente dependientes de sus padres, soltero en las siguientes categorías, hijo natural o legalmente adoptado, hijastro que es miembro del hogar, hijos mayores de 18 años que estudian jornada completa, hijo incapacitado.

Indicaciones para toma de papanicolaou: Todas las mujeres que hayan iniciado su actividad sexual con énfasis en:

- Mujeres de 21 a 65 años con actividad sexual previa o actual.
- Mayores de 65 que no tengan citología reciente.
- Menores de 21 con historia clínica de riesgo.
- Toda mujer embarazada.

Frecuencia de la prueba:

La toma de la citología cérvico uterina debe realizarse en el esquema 1-1-1-3 (anual consecutiva por tres años y luego continua cada tres años de la última); y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo.

En los casos en que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-1-3. Las usuarias con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos severos deberán continuar con exámenes anuales. Los resultados de la citología cervical deben reportarse en un periodo no mayor a un mes. (5)

En un estudio de Educación Reproductiva y Paternidad Responsable ejecutada por Encuesta Nacional de demografía y salud (ENDESA 1998 – 2001), se encontro que el 31% de los hogares tienen jefatura femenina en Nicaragua. (1)

El salario mínimo en Nicaragua varía según el sector en que laboran las personas pero el promedio fue 1550.00 cordobas a finales del 2004 a 2005, según reporte de la economía de Nicaragua en el primer trimestre del 2005 (2).

Según datos de (ENDESA) la canasta básica de (53 productos) en 1999 tenía un costo de 2, 089 (\$169.70). A Dicimebre del 2005 el costo de la canasta básica, según datos del Banco Central de Nicaragua (BCN) fue de 2,794.83, (163.14 dolares). (3).

Según el comité técnico interinstitucional para la definición de la canasta básica alimentaria de Nicaragua tenía un costo de 3731.66 cordobas calculados según precios al consumidor en la ciudad de Managua en septiembre del 2004. (4)

La esperanza de vida al nacer en Nicaragua: Encuesta Nacional de demografía y salud 2001 (ENDESA) Instituto nacional de estadísticas y censo (INEC), esperanza de vida en Nicaragua para el 2000 era de 68 años.

Esperanza de vida al nacer para la mujer en Nicaragua 2005 es de 73.2 años según (Estimaciones y Proyecciones de Población 2007). Instituto Nicaraguense de demografía y estadística (INIVE). (5)

(1) Encuesta Nacional de demografía y salud 2001, ENDESA, INEC.

(2) La Economía de Nicaragua en el primer trimestre 2005, Nestor Avendaño, La Prensa 13 de Abril 2005

(3) El Observador Economico FIDEG (fundación internacional para el desafío Económico global, Junio 2006, Mga. Nic.

(4) Sistema de información sobre seguridad alimentaria nutricional (SISSAN), Comité Técnico Internacional para la Definición de la Canasta Básica Alimentaria de Nicaragua 2005, MAGFOR

(5) Estimaciones y proyecciones de población 2007 (INIVE)

REPERCUSION PSICOLOGICA Y SEXUAL

Al ser el cáncer cérvico uterino un cáncer ginecológico resulta evidente que la dimensión sexual pueda ser la más afectada, a consecuencia de los tratamientos utilizados.

La modalidad de tratamiento que mayor afecta el área afectiva y psicológica de la sexualidad son las cirugías y la radioterapia. Las cirugías produce mutilación y la radioterapia es la modalidad de tratamiento que más altera el aspecto físico de la sexualidad, produciendo disfunción sexual persistente durante los dos años posteriores, tales como: ausencia o falta de libido, falta de lubricación vaginal, dispareunia, disconformidad con la vida sexual. La estrechez vaginal dificulta la penetración y tienen gran dificultad para completar el coito, para algunas de ellas en ocasiones es imposible.

La quimioterapia es la modalidad de tratamiento que tiene una menor repercusión en el ámbito sexual. Para muchas pacientes el reinicio de la actividad sexual, es recordado como un evento psicológicamente traumático. En parejas con mala comunicación las pacientes desafían sus dificultades físicas para satisfacer a sus parejas; por otro lado en algunas casos la falta, se interpretan como desinterés o rechazo. Otra secuela del tratamiento para el cáncer cérvico uterino es la alteración en la percepción de la imagen corporal; esta alteración se debe a cicatrices producto del tratamiento lo que trae como consecuencia una baja autoestima y una disminución de la confianza en si misma, lo que conlleva a depresión y mayores aflicciones emocionales.

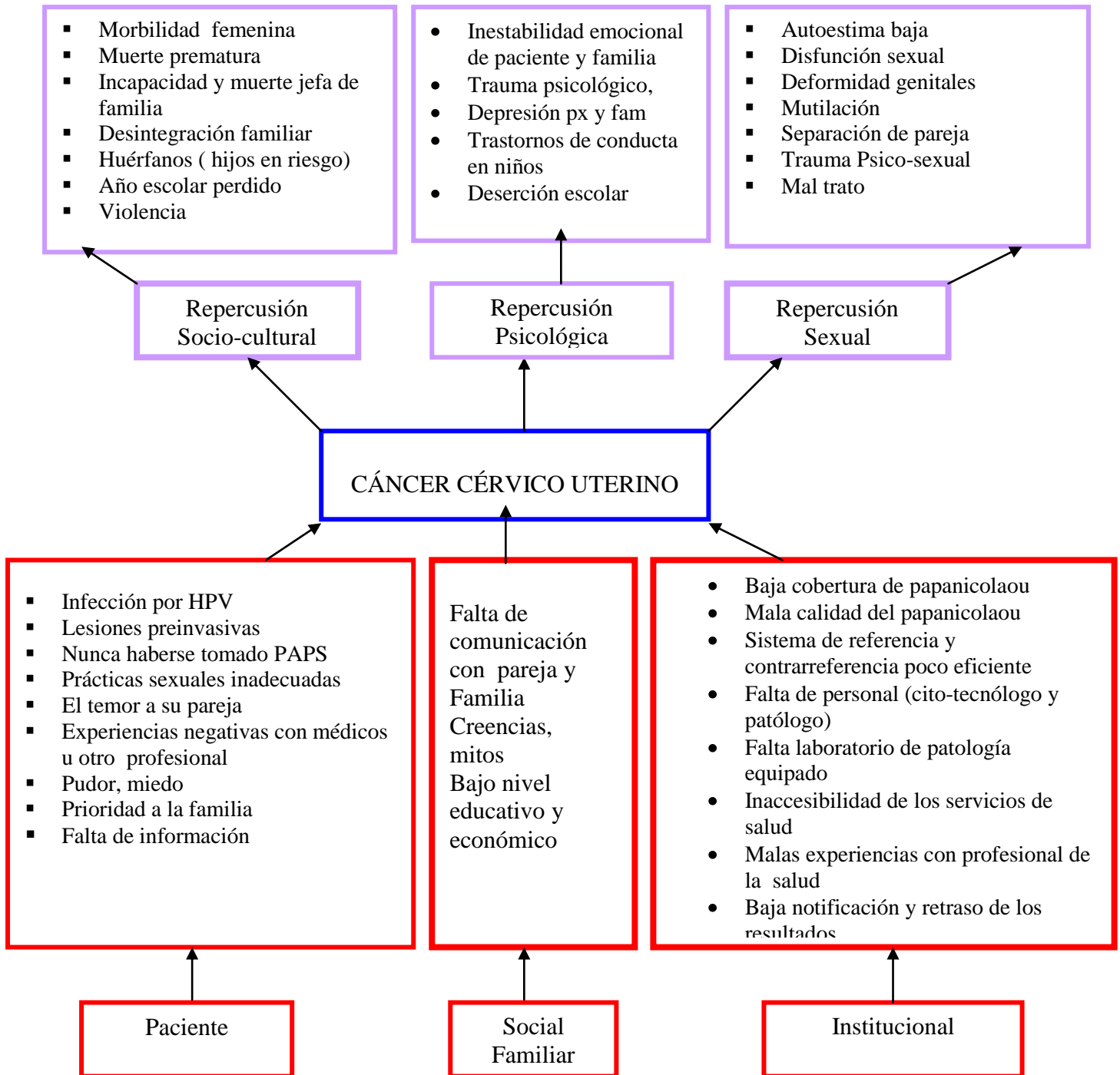
Existen múltiples preocupaciones en las mujeres con cáncer cérvico uterino, entre las que predominan el apoyo social, el estrés general, el bienestar familiar, la vida sexual y de pareja y los síntomas físicos asociados al tratamiento. Un sentimiento recurrente es la preocupación constante por su enfermedad y el miedo a la recidiva, incluso la fertilidad dependiendo de la edad. (14)

COSTO

Esto es difícil de cuantificar económicamente pero se refleja en la reducción de los tratamientos complejos necesarios y número de consultas requeridas, al igual que todos los otros elementos mencionados se traducirían en ahorros para el sector, pero en el campo social el más grande e invaluable valor es la reducción de las muertes prematuras por esta causa que se calcula un promedio de 18 años perdidos por cada caso, según estudios realizados en México. Por cada caso tratado con histerectomía se calcula el costo económico de 2550 dólares y las vidas salvadas en 75,000 dólares. (15)

En Nicaragua y específicamente en la RAAS, en caso de los tratamientos en estadio avanzado no se ha determinado los costos pero se traduce en viajes a la capital mensual, transporte local, medicamentos, alimentación y tiempo de estancia en cada viaje, además de los costos sociales descritos y años de vidas potencialmente perdidos en caso de muerte.

MODELO EXPLICATIVO FENOGENESIS



ONTOGENESIS

VII. DISEÑO METODOLÓGICO:

Área de estudio: El Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” (HRESB) de Bluefields.

Es un estudio descriptivo Serie de Casos.

Universo: todas las paciente con diagnóstico de cáncer cérvico uterino, 36 casos del casco urbano de Bluefields atendidos en el HRESB en dicho periodo.

Muestra: Es el 100% casos de CACU que residen en Bluefields atendidos en el hospital en el periodo del estudio.

Unidad de análisis: paciente con CACU dentro de la familia.

Marco muestral: Sala de maternidad y consulta externa del hospital específicamente área de ginecología.

Criterios de inclusión: toda mujer o familiar de pacientes atendidas con diagnóstico de cáncer cérvico uterino en el hospital “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” del caso urbano de Bluefields, en el periodo de estudio.

Criterios de exclusión: Mujeres con CACU procedentes de Bluefields pero que no tenían dirección exacta en el expediente o en el campo no se logró localizar a la paciente o su acompañante mas cercano; fueron 6 pacientes.

Variables:

Características demográficas:

- Edad
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado civil
- Etnia

Repercusión socio-cultural:

- Vida social
- Jeja de familia
- Integración familiar
- No. hijos dependientes
- No. hijos menores de 5 años
- Quien cuida a los niños (viaja la paciente o si fallece)
- Estaba empleada al momento de enfermarse
- Perdió su empleo
- Sueldo de la paciente
- Ingreso de la familia
- Deja de percibir el acompañante que trabaja
- Porque acudió al médico
- En que estadio clínico fue diagnosticada
- Tiempo espera (diagnóstico)
- Donde realizó la citología cervical/Biopsia
- Tiempo entre diagnóstico e inicio de tratamiento
- Completó tratamiento (porque no?)
- Fallecidas
- Tiempo transcurrido entre diagnóstico y fallecimiento
- Asistía regularmente a chequeo ginecológico/papanicolaou antes del diagnóstico

- A que unidad de salud?
- Dificultad personal familiar y/o cultural para asistir a las unidades de salud
- Cuando realizó la última citología cervical
- Cuantas citologías cervical realizó antes del diagnóstico
- La familia tiene la práctica del chequeo ginecológico (luego de esta experiencia)
- Hay otras mujeres con esta enfermedad en la familia
- Conocimiento sobre causas, tratamiento y prevención del CACU

Repercusión psicológica y sexual:

- Efecto psicológico en la paciente
- Como afecto la paciente esta enfermedad
- Efecto sobre su vida sexual
- Comportamiento sexual de la paciente y/o pareja
- Trato de la pareja
- Daños psicológicos en la familia (Quien ? y como?)
- Deserción escolar
- Apoyo psicológico a la paciente y familia

Fuente y obtención de datos:

Fuente secundaria: Expedientes (se revisó expediente para la obtención de la dirección de la paciente, algunos datos generales y el diagnóstico).

Fuente primaria: paciente o familiar más cercano.

Instrumentos: Dos cuestionarios con preguntas estructuradas cerradas en su mayoría que recopila la información y le da salida a los objetivos, uno para cada fuente primaria. Validación con prueba piloto, que se realizó a 5 voluntarias, a través del cual se detectó dificultad en algunas preguntas sobre todo en el caso del familiar; fue necesario la reformulación de las mismas.

Técnica: Entrevista

Se realizó entrevista directamente en los hogares de las pacientes previa explicación de las preguntas y sin inducir respuestas. En caso de las fallecidas, para el control de sesgo, se seleccionó al acompañante más cercano a la paciente durante el proceso; como son hechos recientes y de gran impacto son factores que ayuda a minimizar el sesgo de memoria inherente en una entrevista.

Procesamiento de los datos:

Se utilizó el paquete estadístico EPI-INFO versión (3.3.2), para el procesamiento de los datos.

Luego se procedió al análisis de los datos mediante frecuencia simple, así como cruces de variables, y la estratificación de algunas variables para control de sesgo.

Cruce de variables:

Fallecidas – Hijos

Edad con fallecidas (Años de vida potencialmente perdidos, APP)

Diagnóstico - Efectos

Ocupación con fallecidas

Diagnóstico y fallecidas

Estadío clínico - Chequeo

Aspectos Éticos:

Se solicitó la participación voluntaria con el consentimiento informado verbal de las pacientes o sus familiares, cuidando el aspecto del anonimato, privacidad y confidencialidad de los datos, ya que se utilizó exclusivamente para este estudio.

VIII. RESULTADOS

Fueron estudiadas 30 mujeres con cáncer de cervix o sus acompañantes cercanos.

8.1 Características demográficas

El 40% (12 pacientes) tenían 30 a 39 años de edad, seguida de 40 a 49 años de edad con 23% (7), 50 a 59 años 20% (6) y 10% (3) de 60 a 69 años de edad, sin despreciar un importante 7% (2) que representa las mujeres de 20 a 29 años de edad. Esto afirma el hecho que esta enfermedad esta afectando a la población femenina en edad reproductiva (63%) y con tendencia al incremento hacia población aún mas joven (7%). Más de la mitad 56% (17) tienen baja o ninguna escolaridad; analfabetas 33% (10) y nivel de primaria 23% (7). Llama la atención que un porcentaje importante 33% (10), tienen un nivel de educación secundaria y 10% (3) tiene un nivel universitario. En relación a la ocupación 50% (15) de estas mujeres se consideran amas de casa, 23% (7) son profesionales. Las otras se dedican a algún tipo de actividad especifica y corresponde al 27% (8), trabajan como domésticas 13% (4), conserje 7% (2) y comerciantes 7% (2). Representan capital humano en general, y más específicamente los profesionales preparados en distinto campo (4 enfermas son del área de la salud). De las 12 fallecidas el 33% (4) eran profesionales (dos de las fallecidas eran del sector salud).

El 73% (22) tenían pareja, acompañadas 40% (12) y casadas 33% (10) respectivamente, además de un porcentaje importante de solteras 13% (4). De estas pacientes el 70% (21) son mestizas y 26.7% (8) creolle y un 3.3% (1) miskitas, (cuadro 1).

En relación al familiar más cercano entrevistada: Observamos que las hijas dieron la mayoría de la información representando el 50% (6), seguida de hermana 25% (3) nieta, cuñada e hijo 8% (1) respectivamente, una representación cada una (Cuadro 2).

8.2 Repercusión socio-cultural

Refiere 86.7% (26) pacientes que esta enfermedad tuvo efecto sobre su vida social el resto manifestó que no 13.3% (4). De estas 26 pacientes afectadas, el aislamiento social duró 3 meses 38.5% (10), luego 6 meses 19.2% (5), seguida de uno a dos años para un total 30.6% (8) representando el 15.3% respectivamente, por último de cuatro años a cinco años 12% (3). Menos de un año 57.7% y más de un año 43.3%(cuadro 3)

El 30% de estas pacientes (9) son consideradas jefa del hogar. De estas 12 fallecidas el 25% (3) eran jefa de su hogar quedando estas familias acéfalas.(cuadro 4).

El 73% (22) de estas mujeres enfermas tenían hijos dependientes para un total de 65 hijos , distribuidas de la siguiente manera de una a dos hijos 40% (12 mujeres); 33% (10) de las mujeres tenían 3 o más hijos. Específicamente de las 12 pacientes fallecidas, el 58% (7) tenían hijos dependientes el cual representa un total de 19 hijos que quedaron huérfanos, (cuadro 5). De las cuales 23 % (7) pacientes aún tienen hijos menores de 5 años en término general; pero directamente de las 22 mujeres con hijos dependientes representaría el 32% (7). De estos 17% (2) de las fallecidas aún tenían hijos menores de 5 años .(cuadro 6).

El 60 % de estos niños ameritaban cuidados y quedaban a cargo de sus familiares (viajar o fallecer la paciente). En primer lugar están las madres de las pacientes 16.7% (5) y los padres de sus hijos 16,7% (5) para un total de 33.4% (10), seguida de las otras dos categoría que corresponde a hija mayor 10% (3) y suegra 10% (3)

para un 20% y en último lugar las hermanas de la paciente (tías) y vecina total 6.6% (2), una respectivamente. El restante 40% (12) no necesitó de cuidados. (cuadro 7)

Las pacientes o sus familiares refieren que realizaban algún tipo de actividad económica al momento de enfermarse 50% (15); de estas el 60% (9) de ellas perdió su trabajo por la enfermedad ; 40% (6) refiere que no. De las pacientes que tenían algún ingreso económico 60 % (9) eran menor o igual a mil córdobas, hasta 2000 cordobas 6.6% (1), seguido 3000 a 4000 cordobas el 20% (3) pacientes, 5000 a 6000 cordobas 6.6% (1) y hasta C\$8000 corresponde al 6.6 % (1). (Cuadro 8)

Estas pacientes igualmente proceden de familias con ingresos económicos muy bajos hasta mil córdobas 16.6% (5), hasta 2000 córdobas 30% (9) familias, hasta 4000 corresponde 30% (9), y 10% (3) familias no reportan ingresos, por último familias de pacientes con ingresos mayores a 7 mil hasta 16 mil cordobas para un 13.2% total (4) familias. (cuadro 9)

En relación a los acompañantes se detectó que 33.3% (10) no tuvo pérdida económica ya que escogían un acompañante que no trabajaba, además 33.3 % (10) no tuvo necesidad de viajar se resolvió su problema en este hospital, 16.6% (5) pacientes viajaban sola ya que implicaba mucho gasto económico, el 16.6% (5) casos tuvieron pérdidas económicas menor de 2,000 córdobas, en general son persona de bajo ingresos económicos. (Cuadro 10)

El principal síntoma que obligó a las pacientes a asistir al médico fue el dolor en bajo vientre 46.7% (14) seguido del sangrado 30% (9), luego chequeo 13.3% (4) por último 6.7% (2) refirieron que se sentían enferma, sin especificar los síntomas y el flujo vaginal manifiesto el 3.3% (1). (tabla 11)

En relación al momento en que se diagnóstico la enfermedad, podemos observar que 63.4% (19) se diagnóstico en estadios clínicos avanzadas de los cuales el 36.7 % (11) eran estadios III a IV y 26.7% (8) en estadio II. Por el otro lado

afortunadamente 36.6% (11) pacientes se detectaron en estadios clínicos insitu/microinvasor o estadio I que son tratables. (Cuadro 12)

El 50% (15 pacientes) obtuvieron sus resultados en el periodo estipulado de un mes, principalmente casos sospechosos cáncer avanzado. Dos a tres meses 33.3% (10); cuatro a 6 meses 16.7% (5). (cuadro 13)

Donde realizaron su citología cervical que hizo el diagnóstico: el 40% (12) en el privado; 33.3% (10) en el centro de salud y en el hospital 26.7% (8). Sus respectivas biopsias 86.6% (26) en el hospital; a pesar de esto (56%, (16) pacientes tuvieron que asumir los gastos del procesamiento de la biopsia) y 13.3% (4) muestras de biopsia fueron tomadas y procesadas en privado . (Cuadro no. 14)

Cuanto tiempo tuvo que esperar la paciente entre el diagnóstico y el tratamiento, la mayoría, el 70% de los casos (21) pacientes inicio tratamiento en el periodo de un mes. En los siguientes dos a tres meses 26.6% (8) y un 3.3% (1) paciente abandonó el hospital, por lo que no recibió tratamiento. (cuadro no 15)

De estas paciente el 67 % (20) (incluyendo las 10 que se resolvió en Bluefields) completaron el tratamiento y los restantes 33% (10) incumplieron por las siguientes razones; 60% (6) por enfermedad avanzada, en segundo lugar el problema económico 30% (3) casos y 10% (1) por abandono en busca de otras alternativas (brujo). (Cuadro 16)

Tuvieron una sobrevida del 60% (18 px) al momento del estudio y el fallecimiento 40% (12) pacientes. De las cuales el 58 % (7) estaban entre 33 y 45 años de edad (33 a 39 años 32% (4) y 25% (3) entre 41 a 45); además 32% (4) pacientes de 51 a 54 años y 8.3% (1) de 64 años de edad. (cuadro 17)

Al momento de fallecer estas pacientes 67% (8) tenían menos de un año de padecer la enfermedad (6 pacientes menos de 6 meses y 2 pacientes tenían 9 meses de enfermedad) y 16.6 % (2) de uno a 4 años, y mayor de 4 años 16.6% (2). (cuadro 18)

El 63.3% (19 casos) realizaba “chequeos” acudieron por diferentes síntomas a la unidad de salud, pero un importante 36.7% (11) no acudía al médico, hasta el momento del diagnóstico. De estos 19 pacientes, el 53% (10) de las pacientes buscó atención en el Centro de Salud; el 21% (4) en el hospital y el 15.8% (3) en el privado, y 10.5% (2) para la empresa médica previsional (EMP). (cuadro 19).

De las 19 pacientes que refiere que se “chequeaba” el 63% (12) se detectó en etapas avanzado y de las que no se chequeaban igual el 63% (7) de 11 se detectó en estadio avanzados, (cuadro 20).

En relación a las dificultades personales, familiares o culturales para asistir a sus chequeos, 33.3% (10) de las pacientes refirieron no tener ningún tipo de dificultad, luego el miedo y el pudor 33.3% (10) casos, seguida de 13.3% (4) casos que refiere dificultad cultural (creencias “si no tengo relaciones o es esporádico no hay problema “o “ solo estoy con una persona” , “muchas citas” y la barrera del idioma), 10% (3) desinterés(“no me preocupo por eso, tengo muchas otras preocupaciones con la familia”), por último, un importante 10% (3) tuvo que ver con dificultades con la pareja. (cuadro no 21)

En relación al número de citologías cervicales realizados durante su vida antes del diagnóstico, respondieron que nunca 33% (10) de una a dos 23.4% (7), 3 a 4 citologías 33.3% (10) y 5 a 8 10%(3). (cuadro no. 22)

En relación al tiempo del último papanicolaou, nunca se hizo 30% (9) o no se acuerda 40% (12) para el efecto es el mismo sería 70%; en 23% (7) casos hacia uno a dos años había realizado, mas de 5 años 6.6% (2). Se hace la aclaración de las 12 respuestas dados por familiar; 23.3% (7) de ellos no se acuerda ; luego hacia un año, 3.4% (1) y más de 5 años 6.6%(2) (cuadro 23).

Al parecer muchas de las pacientes enfermas con cáncer cérvico uterino y/o sus familiaes desconocen la causa del cáncer y la forma de prevenir la misma. En

relación a la causa 46.7% (14) de ellas refieren no saber (respuesta del familiar 16.6 %); un 20% (6 pacientes) refiere que las infecciones vaginales (respuesta del familiar 13.3%) y no acudir a su cita 10% (3), hereditario 6.7% (2) respuesta (del familiar 3.3%), maltrato 6.7% (2) respuesta (del familiar 3.3%) y muchas parejas 6.7% (2) respuesta (del familiar 3.3%) y maleficio 3.3% (1). (cuadro 24)

En relación a la prevención del CACU el 40% (12) manifestaron no saber como prevenir (respuesta familiar 10%), el 53% (16 pacientes y/o familiar) tiene algún conocimiento: acudir a citas el 26.7% (8) respuesta (del familiar 13.3%) y realizar papanicolaou 26.7% (8) respuesta (del familiar 13.3%), podría estar en relación a la información obtenida en los unidades al acudir con sus pacientes (cuadro 25)

Igualmente las pacientes y/o sus familiares refieren desconocer la forma de curar dicha patología, (15) 50% no sabe (familiar 20%), los que tienen algún conocimiento al respecto 46% (14); refiere el chequeo 10% (3) pacientes y operándose a tiempo 36.7% (11) respuesta (familiar 20%), pero una refiere que no hay cura del todo 3.3%. (cuadro 26)

Luego de esta experiencia el 50% (15) familiares cercana a las enfermas asiste a su chequeo ginecológico, 23% (7) solo algunas de ellas y 26.7% (8) no lo practica del todo. El 76.7% (23) refieren que no tiene otros familiares con cáncer pero un importante 23.3% refieren que si, incluso refiere cuadros de estrés y depresión en toda la familia ya que han fallecido 2 ó 3 miembros por dicha patología. (cuadro 27)

8.3Psicológico:

Estas paciente sufren de afecciones psicológicas emocionales secundario a su CACU las cuales refieren 63.7% (19) depresión, 16.5% (5) su autoestima, 10% (3) que no le afectó. Además 6.7% (2) refiere que afecto su sexualidad y solo una 3.3% (1) los nervios. (cuadro 28)

Ahorra en relación ha si afecto la vida sexual de la paciente, el 77% (17) refieren que sí y los otros 23% (5) que no. Específicamente el 29% (5) de las mujeres perdió el interés por el sexo o deseo refieren que “deseo vivir por mis hijos”; miedo 23.3% (4); dolor 17.6% (3) y separación de la pareja 17.6% (3) respectivamente y en relación a la disminución de frecuencia 11.7% (2). (cuadro 29)

En relación con el comportamiento sexual de la paciente y su pareja, 40% (12) refiere que el esposo o compañero tuvo múltiples parejas, 36.7% (11) refiere que ninguno y 23.3% (7) refiere que ambos. (cuadro 30)

El trato que recibió de su pareja la paciente, 50% (11) de apoyo, mal trato 22.7% (5), 18% (4) no se dió cuenta del diagnóstico sobre todo en caso de los microinvasores, “prefiero que no se de cuenta” y por último la indiferencia 9% (2) casos. (cuadro 31)

Cuando se pregunto si hubo afección de algún miembros especifico de la familia, respondieron que si 76% (23) y los otros 23.3% (7) familias, que no.

De las 23 familias de pacientes afectados específicamente, en primer lugar las hijas 52% (12), hijos 7% (5), máma 13% (3), todos 8.6% (2) y nieta 3.3% (1). (cuadro 32)

Como fueron las manifestaciones de los afectados: también la mayoría de los familiares sufrieron depresión 52% (12), culminaron el año lectivo pero reprobaron 17.3% (4), Stress emocional 13% (3), stress económico 8.7% (2) casos y más cariñosos 4.3% (1) y amargada 4.3% (1). De los 15 que tenían hijos en edad escolar 53% (8) refiere que continuaron sus estudios, pero 47% (7) refiere que si dejaron de asistir a clase. Sorprendentemente estas familias con pobre ingresos no consideraron lo económico uno de los principales problemas, pesa más la parte emocional y familiar. (cuadro 33)

En relación al apoyo psicológico recibida por la paciente, un poco mas de la mitad 57% (17) refiere que no recibió ningún tipo de apoyo psicológico institucional. El 43% (13) si recibió apoyo psicológico la mayoría en el centro de radioterapia y otros

porque tenia algún familiar en el campo de la salud o por gestión propia. Los miembros de la familia recibió algún tipo de apoyo psicológico, el 80% (24) refiere que no, aunque prácticamente la misma proporción de familiares manifestaron afección psicológica y solo 20% (6) refiere que si. (cuadro 34)

IX. ANALISIS Y DISCUSIÓN

Fueron estudiadas 30 mujeres con cáncer de cervix o sus acompañantes cercanos.

9.1 Características demográficas

El 63% de pacientes están comprendidas entre los 30 y 49 años de edad, llama la atención un 7% de mujeres entre 20 a 29 años de edad. Es conocido a través de la literatura que esta patología es la primera causa de muerte entre las mujeres de 30 a 60 años de edad y en Nicaragua la referencia es mayores de 35 años.

El 57% son pacientes bajo nivel de educación, pero es interesante ver como va afectando a la población femenina con mayor nivel de educación que corresponde a 43% entre secundaria y universitaria. Con una distribución casi equitativa entre los diferentes niveles educativos, contrario a lo reportado en la literatura que describe ampliamente la afectación del bajo nivel de educación; podría estar en relación al hecho que se trata de la población urbana que tiene mayor acceso a la educación.

El 73 % de las pacientes tenían pareja (acompañadas o casadas), la gran mayoría 70% son mestiza, relacionado a la distribución natural de las etnias en la región.

El 50% de estas pacientes tienen una ocupación y están integrada a la actividad económica ya sea formal o informal, trunca la fuerza laboral que representa las mujeres en sus ocupaciones desde el hogar, la familia ya que son la responsable principal del cuidado de los hijos; así como su desempeño profesional.

En términos generales podríamos decir que corresponden al perfil de las mujeres con CACU con las particularidades étnicas, además hay que destacar el franco avance de esta patología en la población más joven que se evidencia con todas las mujeres menores de 35 años y en especial con las de la segunda década de la vida

reportadas; esto tiene su relación directa con los factores de riesgo conocidos en la literatura. Así mismo cabe mencionar los efectos devastadores en los recursos humanos calificados y preparados de la región, dejando su huella irreparable en el capital humano, que además amenaza con incrementarse en dicho estrato social.

9.2 Repercusión socio-cultural

Refiere 86.7% de las pacientes, que esta enfermedad afecto su vida social, variando de menos de un año 57.7% y más de un año 42.3%.

Aparentemente la mayoría de las pacientes fueron afectadas por unos meses, menos de un año. Da la impresión que se diagnosticaron en estadios temprano, efectivamente algunos corresponden a las pacientes con cuadros de cáncer insitu o micoinvasor, pero hay que aclarar que las otras corresponden a pacientes diagnosticados en etapas muy avanzadas y fallecieron precozmente, en pocos meses. Según los estudios realizados en México, la literatura describe que las pacientes que son diagnosticadas con cáncer avanzado se pierden hasta 2 años de vida social y un promedio de 18 años de vida al fallecer prematuramente.

Las pacientes consideradas jefas del hogar, coincide con la referencia nacionales, según datos reportados por Endesa Inec 2001, refieren que el 31 % de los hogares nicaragüenses están a cargo de las mujeres.

A causa de las defunciones registrados por esta patología el 25% de estos hogares quedaron sin su principal proveedor. El 73% de estas mujeres enfermas tenían hijos dependientes y el 33% corresponden a familia numerosa (representa un total de 65 dependientes), de las cuales el 32 % aún tienen hijos menores de 5 años. De las fallecidas quedaron 19 hijos huérfanos, entre estos niños menores de 5 años.

El 60 % de estos niños quedaban a cargo de sus familiares (viajar o fallecer la paciente). En primer lugar la figura materna es sustituida por la madre de la

paciente, una hermana mayor o la suegra 47% y también los padres de los niños asumen en un 17%. Vemos como estos niños y jóvenes huérfanos tienen en riesgo sus vidas incluso puede implicar riesgo para la sociedad. En su mayoría las mujeres de la familia asumen dicha responsabilidades ya sea por afinidad solidaridad o género, que es una tarea difícil máxime si no cuenta con el apoyo paterno; hay que reconocer a los padres que si asumieron dicha responsabilidad.

Las mitad 50% de estas pacientes realizaban algún tipo de actividad económica al momento de enfermarse de estas el 60% perdió su trabajo por la enfermedad, podría estar en relación con el hecho que algunas tenían un empleo informal. La mayoría de ellas 66 % tenían salarios por debajo o escasamente llegaban al salario mínimo en Nicaragua. Asi mismo el 20% escasamente tenían el poder adquisitivo de la canasta básica nacional. Igualmente como familias 77% sobreviven con 4,000 córdobas o menos, con dificultad acceden a la canasta básica.

De los acompañantes solo el 17% tuvieron perdidas menores de 2,000 córdobas. En general buscaban otras opciones que no implicaban más gastos económicos ya que son pobres y sus recursos económicos son insuficiente para enfrentar una patología como el cáncer cérvico uterino, aún contando con el apoyo de su familia.

El principal síntoma que obligó a las pacientes a asistir al médico fue el dolor en bajo vientre 47% y sangrado 30%, que son síntomas de enfermedad avanzada, solo el 13% acudió por chequeo lo que ayuda a explicar los diagnósticos tardíos.

En relación al momento en que se diagnosticó la enfermedad, se observa que el 63% fue en etapas avanzadas, algunos prácticamente terminales; afortunadamente el 37% fueron candidatas a tratamiento oportuno.

Aparentemente no hubo ventaja en los casos que las pacientes asistió a la unidad de salud o realizó algún tipo de chequeo ya que los resultados fueron similares, lo que podría estar en relación con las oportunidades perdidas; que es alta en la región alrededor del 80%, específicamente Bluefields 58% datos Silais 2003.

Se confirma que son pacientes y familias de muy bajo ingresos económicos en su mayoría las que padecen esta enfermedad; al diagnosticarse en etapas muy avanzadas desgastan económicamente a la familia ya empobrecidas incide perpetuando el ciclo de la pobreza e incluso favorece la incidencia de esta enfermedad en otros miembros de dicha familia. Con optimismo se observa que el 33% de estos casos se resolvieron localmente, estas son vida salvadas que regresan a su familia y a la sociedad; lo ideal sería que estas acciones se intensificaran para resolver la mayoría de estas pacientes localmente por tanto es de vital importancia las acciones preventivas y la detección oportuna de dicho problema de salud. En estadios más tempranos favorece la resolución y la mejor calidad de vida de estas personas. Extendiéndose estos beneficios al círculo de la su familia, reduciendo así los costos económicos, psico-sexuales y sociales por esta patología catastrófica; evitando muertes prematuras, stress económico, desintegración familiar, huérfanos con sus respectivas consecuencias.

Algunas de estas mujeres enfermas tuvieron que esperar sus resultados de citología cervical hasta 6 meses para obtener un diagnóstico. El 50% obtuvieron sus resultados en el período de un mes, tiempo estipulado en las normas nacionales. Las citologías cervicales que orientaron el diagnóstico, el 40% se realizó en el privado; 33% en el centro de salud y 27% hospital. De las biopsias el 83% se realizó en el hospital de los cuales el 64% las pacientes o sus familiares tuvieron que asumir los costos y enviar la muestra al privado ya que no se procesa en el sistema de salud por falta del personal especializado.

Desafortunadamente muchos eran pacientes que tenían datos evidentes de cáncer avanzado por lo tanto se realizó gestiones especiales para agilizar los resultados lo que permitió el cumplimiento en el tiempo estipulado en las normas y otras utilizaron los servicios privados, precisamente para obtener un resultado a corto plazo. Con preocupación se identifica un 33% que obtiene su resultado en dos a tres meses y un importante 17% hasta 6 meses, lo que evidencia que las acciones son

insuficientes para la entrega de los resultados en tiempo y forma, por tanto hay retraso en el diagnóstico oportuno, puede ser contraproducente para la vida de la paciente. Esto tiene relación directa con el déficit de recursos humanos en el departamento de patología para el procesamiento de dichas muestras de citología cervical, los mecanismos de entrega de resultados y las biopsias, en el periodo de estudio.

La mayoría de las pacientes 70% recibió su tratamiento en el primer mes de diagnosticado, periodo prudente en este sistema de salud. Las pacientes que tuvo retraso en la atención dos a tres meses, tenía que ver más con dificultad en la movilización de la paciente que con el sistema de salud, relacionado sobre todo al aspecto económico.

El 67 % de ellas completó el tratamiento, (50% de estas se resolvió en el hospital regional). Las demás no cumplieron; debido a las siguientes razones, por enfermedad avanzada 60% (debilidad, insuficiencia renal, fístula recto vaginal), en segundo lugar el problema económico .

Tuvieron una sobrevida del 60% al momento del estudio, lo que implica un 40% de las pacientes con muerte prematura. Si se toma en cuenta solo las pacientes que fueron trasladadas al HBCR en estadio avanzado el fallecimiento fue del 60%.

El 58 % de las fallecidas estaban entre 33 y 45 años de edad y 32% hasta 54 años, con un máximo hasta de 40 años perdidos (acumulados 328) y un promedio de 27.3 años de vida potencialmente perdidos por paciente, mucho mayor que los 18 años promedio referido en la literatura mexicana. Al momento de fallecer estas pacientes el 67% tenían menos de un año de padecer la enfermedad.

El 63 % realizaba “chequeos regularmente” entendiéndose que acudieron a la unidad de salud por algún síntoma. El 74% en el sistema de salud (Hospital y Centro de salud), un poco más de la mitad lo hacia en el centro de salud.

Aunque el 33% no refiere dificultad, la mayoría 66.7% si presentan algunos inconvenientes, relacionando sus dificultades con miedo, pudor, problemas culturales, desinterés, y problemas con la pareja.

El 56.7% de las pacientes habían hecho menos de tres citologías cervical (1 a 2 o ninguno), promedio deberían tener por lo menos 4 en los últimos 6 años, y en los casos de riesgo una muestra de citología anual, según lo estipulado en las normas nacionales de CACU.

Un importante 43% manifestó que tenían más de tres papanicolaou realizadas. Pero al investigar el tiempo transcurrido de la última citología, suma 70 % entre nunca realizó citología previa o no se acordaba cuando hizo su último papanicolaou, para el efecto es el mismo (impresiona que los periodos son prolongados), por tanto se consideran pacientes de riesgo.

Es alarmante el hecho que al parecer muchas de las pacientes enfermas y/o sus familiares con cáncer cérvico uterino desconocen la causa de este padecimiento y la forma de prevenir la misma. En relación a la causa el 46.7% refiere no saber, 30% tiene algún conocimiento, sobre las infecciones vaginales y/o HPV y no acudir a su cita o chequeo, así como herencia y múltiples parejas; luego se mencionan otros elementos que tienen más que ver con mitos y creencias, maltrato y una refiere maleficio, (en relación a las respuestas que dieron los familiares de las pacientes fallecidas, 16.6 % manifestaron no saber y 13.3% que las infecciones vaginales).

En relación a la prevención del CACU el 40% refieren no saber como, el 53% acudir a citas y realizar papanicolaou. En relación a las respuestas dadas por los familiares el 27% (de los 40% que corresponde al familiar) refiere acudir a chequeo y realizar papanicolaou, podría ser de la información obtenida en las unidades al acudir con sus pacientes. Igualmente las pacientes y/o sus familiares refieren desconocer la formas de curación de dicha patología, 50% no sabe, 47% tiene algún

conocimiento al respecto (operándose a tiempo y chequeo). En este respecto los familiares respondieron que no saben sobre la cura en el 20%, y el otro 20% refiere operándose a tiempo.

Un importante 23.3% tienen otros familiares con CACU incluso refiere cuadros de estrés y depresión en toda la familia ya que han fallecido otros miembros por esta patología.

El hecho que la mayoría realizaba algún tipo de chequeo o asistía por algún motivo venciendo algunas de sus dificultades, pero a la vez hay un alto porcentaje de pacientes que poco realizan el papanicolaou explica el hecho de los diagnósticos tardíos y podría estar en relación con ciertas situaciones que al acudir a las unidades de salud, no le realizaban la citología cervical; por el otro lado en caso que si le realizaron la citología cervical, tener que acudir en múltiples ocasiones para conocer el resultado. En ocasiones obtener un resultado inadecuada que implicaba la repetición de una segunda muestra; hechos que desaniman a las pacientes e inducen al abandono. Por lo tanto tiene relación directa con la toma y procesamiento de las citologías cervicales, vital, sencillo y necesario examen para el diagnóstico oportuno del cáncer cérvico uterino. Corresponde a situaciones ampliamente descritas en la literatura sobre las acciones insuficientes a nivel institucional dirigidas a prevención de esta patología, la mayoría de las acciones son curativas, y esta región no es la excepción, en la referencia del SILAIS sobre la situación del CACU en la RAAS realizado en 2001 y 2003.

El 50% de los familiares que están entre algunos se chequean y otros que no lo acostumbran, tiene relación con el hecho que algunas pacientes refieren que esconden su enfermedad a sus familiares, esto refleja que hay muchas mujeres que no comparten su enfermedad con su familia por consiguiente tampoco la información al respecto, tratándose de este tipo de enfermedad puede ser peligroso para la salud de la familia; por el contrario debería de ser una oportunidad para que la familia aprenda a cuidarse y prevenir esta enfermedad al realizar este examen sencillo.

Las repuestas generales de no conocer las causas o pocos conocimientos sobre formas de prevención o cura también preocupa podría estar en relación al nivel académico de algunas de las pacientes; es llamativo el mayor conocimientos demostrado por los familiares, puede deberse al hecho que los médicos generalmente dan información al familiar que acompaña a la paciente sobre todo en situaciones graves como estas, también confirman la poca comunicación en la familia y como consecuencia la escasa transmisión de información, paciente a familiar o vice-versa, y menos a otras personas de la familiar, que se ve reflejado en ese 23% de familias con varios casos de CACU y las familiares que no realizan su citología cervical de control.

9.3 Psicológico:

Más del 70 % estas pacientes tuvo repercusión psicológica y sexual, debido a la naturaleza de esta patología. El 63% (uno o los dos) miembros de las pareja constituidas había tenido relaciones con múltiples parejas. La mitad de las pacientes tuvieron el apoyo de sus pareja, pero por el contrario el 23% sufrió maltrato el 18% le ocultó el diagnóstico a su pareja, “prefiero que no se de cuenta “, es posible cuando son diagnósticos hechos en etapas tempranos (insitu), no así en estadios avanzados.

Pero todo el entorno y el funcionamiento de la familia tuvieron sus efectos a causa de esta enfermedad para 50%. Las consecuencias van mas allá, dejando sus huellas en distintos miembros de estas familias; siendo afectados el 76%. En primer lugar los descendientes 74% (hijas, hijos) y las mamás 13%, pero también hubo familias completas sumergidos en la depresión. El 47% refiere que los niños dejaron de asistir a clase, es un sector vulnerable que también sufre las consecuencias de esta patología. El 57% de las pacientes refiere que no recibió ningún tipo de apoyo psicológico institucional. La mayoría en el centro de radioterapia o por gestión propia.

Los miembros de la familia aunque también necesitó ayuda psicológica en 80%, sólo 20% tuvieron ese privilegio.

Como se describe en la literatura el CACU tiene efectos devastadores a nivel psicológico y sexual a tal grado que las pacientes al igual que sus familiares, caen en cuadros depresivos, esconden su enfermedad, lo sufren a solas no lo comparte en ocasiones hasta se produce la separación de la pareja (desintegración familiar). Sorprendentemente estas familias con pobre ingresos no consideró lo económico uno de sus principales problemas, fue más importante el estrés psicológico, emocional y sexual. Situación que no fue abordado integralmente y en el cual no tuvo incidencia el personal o el sistema de salud local ni la sociedad, aspecto necesario para lograr la reinserción social y familiar de estas pacientes.

X. CONCLUSIONES

1). Las mujeres con CACU son jóvenes en edad fértil entre la tercera y cuarta década de la vida, de bajo nivel de educación o analfabetas, la mayoría amas de casa y con pareja, con las particularidades étnicas de la región donde sobresalen las mestizas.

2). El CACU presentan franca repercusión en la vida social, que las limita por periodos cortos aparentemente, paradójicamente esto se debe a la detección temprana o tardía de la enfermedad. Así mismo trastorna todo el funcionamiento de estas familias, la tercer parte de ellas son el sustento de su familia, jefas del hogar y hasta en la mitad de los casos estaban activas económicamente al momento de enfermarse, pierden su fuente de ingreso por tal razón. Los hijos que dependían de ellas ya sea por falta del cuidado adecuado o por quedar huérfanos están en riesgo sus vidas.

La mayoría de las pacientes fueron diagnosticadas en estadios avanzados de la enfermedad, aunque su familia hace el esfuerzo y se logra completar el tratamiento, fallecen prematuramente, en edades 33 a 45 años de edad antes del primer año del padecimiento; con un promedio de 27.3 años de vida potencialmente perdidos por paciente. Se evidencia las oportunidades perdidas ya que más de la mitad refiere que asistió a los servicios de salud por algún síntoma, superando algunas de sus dificultades personales familiares y culturales reportadas; asociado a esto el retraso en la entrega de resultados de las citologías en las unidades al que asistieron, fue en el centro de salud en su mayoría. Por lo que en ocasiones tuvieron que buscar los servicios privados. La mayoría de las pacientes y sus familiares refieren desconocer la causa del CACU, tienen algún conocimiento sobre

como prevenirlo. Todos estos elementos condicionan y dan como consecuencia los diagnósticos tardíos.

3). Las pacientes presentan cuadros de depresión principalmente, al igual que limitación en su vida sexual, algunas sufrieron mal trato por no poder cumplir, también indiferencia y hasta separación en ocasión, por lo que algunas decidieron ocultar su enfermedad. Muchas de las parejas tenían o habían tenido múltiples parejas que es factor de riesgo en esta patología .

Pero todo el entorno familiar percibe los efectos psicológicos depresivos afectando directamente a otros miembros de la familia sobre todo a los hijos de las enfermas; hasta llevar a consecuencias como reprobación del año escolar o la deserción escolar completa casi en la mitad de los niños en edad escolar.

Desafortunadamente menos de la mitad de las pacientes recibieron el apoyo psicológico institucional, principalmente en el centro de radioterapia nacional. Los miembros de la familia tuvieron la misma necesidad pero pocos tuvieron el beneficio de esta atención, aspecto muy necesario e indispensable para lograr la recuperación, rehabilitación y reinserción social de estas sobrevivientes y sus familias.

XI. RECOMENDACIONES

MINSA:

SILAIS, HOSPITAL Y MUNICIPIO:

- 1). Impulsar campañas de concientización y educación sobre prevención del cáncer cérvico uterino, a nivel de las instituciones de trabajo, universidades y otros organismos sociales que existen (incluirse en cualquier espacio educativo o de orientación que tengan estas instituciones). Tomado como punto de partida todos los programas establecidos de salud sexual y reproductiva. Igualmente promover campañas de toma de citología cervical, directamente en las instituciones. Incluirla en todos los programas y campañas ya establecidas del MINSA.

- 2) Incorporar en todas las campañas educativas existentes para adolescentes el componente de prevención del cáncer cérvico uterino, enfatizando el rol que también juega el género masculino en el desarrollo de esta enfermedad.

- 3) Revisión, control y monitoreo de los programas de prevención y atención del cáncer cérvico uterino en la región, específicamente toma y procesamiento de citología cervical. Beligerancia en las gestiones de recursos humanos y equipamiento para el laboratorio de patología, que están en proceso.

- 4) Darle la atención integral a estas pacientes y sus familiares tomado en cuenta la parte psicológica y emocional, así como la conformación de grupos de apoyo institucionales y sociales.

5) Es muy importante, facilitar o realizar más investigaciones relacionados a este tema en la región tomando en cuenta el área rural, darlos a conocer (no solo a nivel de la institución de salud, sino al público en general y así fortalecer el aspecto de la concientización.

LA PACIENTE, FAMILIA Y SOCIEDAD EN GENERAL:

6) Motivar la creación de redes de apoyo para favorecer la recuperación de estas pacientes, apoyadas en las estructuras sociales preexistentes.

7) Compartir la experiencia y los conocimientos adquiridos con otros miembros de la familia de forma positiva, que sirva como una oportunidad para aprender a cuidarse y protegerse de esta enfermedad catastrófica. Por tanto atender estas campañas de concientización y toma de citología que serán impulsadas por el MINSA; motivar a todas las mujeres de su familia para que también asistan y cuiden su salud.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Patología y tratamiento del tracto genital inferior; G palo W. Chanen; S. Dexus; 2000
2. Análisis de la situación del cáncer cérvico uterino en América Latina y El Caribe (Organización Panamericana de la salud, Washington dc 2004)
3. Situación del Cáncer Cérvico Uterino Minsa República de Nicaragua 2007
4. Situación del cáncer cérvico uterino SILAIS RAAS, Bluefields Junio 2003
5. Normas de promoción, prevención y atención del cáncer cérvico uterino, MINSA 2004
6. Cáncer cervico-uterino en el departamento de León, durante el período 1,999 – 2,002. UNAN León, Marzo 2023, Dra. Brenda Patricia Delgadillo Vivas.
7. Ministerio de Salud, SILAIS RAAS, Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia (Reportes del programa de detección oportuna del cáncer cérvico uterino).
8. Situación del cáncer cérvico uterino en pacientes atendidas en el Hospital “Ernesto Sequeira Blanco in Memoriam”. Bluefields. RAAS 2003 – 2005 dr. Vladimir Antonio Sáenz Sánchez. Md
9. Constitución política de la república de Nicaragua. (1995)
10. Estatuto de Autonomía

11. Ley general de salud, Ley 423 Decreto No. 001 - 2003
12. Plan Nacional de Salud (2004 – 2015)
13. Hoja informativa del programa mujer, salud y desarrollo OPS/OMS, Washington DC. Diciembre 2001
14. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. Luz María Montes L.a, María José Mullins P.a, María Teresa Urrutia S.1,a. Departamento Salud de la Mujer. Escuela de Enfermería. Pontificia. Universidad católica de Chile, Enfermera-Matrona.
15. Análisis Costo Beneficio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cérvico uterino. Patricia Hernández Peña MC MSP, Lascano Ponce EC, Alonso de Ruiz P. Salud Pública México Vol. 39. no 4 Julio-Agosto 1997.
16. Costo y calidad de la prueba de detección oportuna del cáncer cérvico uterino, Gómez -Jauregui-abdo J Salud Pública de México/Vol.43, costo julio-agosto de 2001
17. Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del Cáncer Cérvico uterino. Cuadernos de Salud Pública, ISSN 0102-311X versión impresa Cad. Saúde Pública v.14 supl.1 Janeiro 1998
18. Elementos socio-culturales en la prevención del cáncer cérvico uterino, un estudio en Hermosillo Sonora. El colegio de Sonora serie, cuadernos cuarto creciente no. 7. Maria del Carmen Castro y Gilda Salazar Antunez (2001). Región y sociedad Vol. /XIV/ no. 25, 2002;
19. Repercusiones estructurales en la atención de enfermedades de alto costo en los sistemas de salud, XI congreso Alami Extraído de la conferencia del Lic Hugo Magonza en Cartagena de Indias, Colombia Mayo 2005. Primera Parte.

20. La Corte Constitucional Frente a los Derechos de la Mujer, Observatorio, asuntos de género, Edición Especial Marzo 2006. PNUD, AECI, Facultad de Ciencias jurídicas de la Pontificia Universidad Javeriana, Colombia 2006
21. Salud Sexual y Reproductiva (Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe). Desafíos y Oportunidades Ana Langer / Gustavo Nigenda /colaboración de Sandra García, Rosario Valdez, Emanuel Orozco, Jennifer Catino, Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Nacional de Salud Pública.
22. Alcance de Trabajo, Evaluación intermedia de la donación de Usaid Nicaragua, a Pro familia, USAID/Nicaragua, Informe Anual 2004 (preparado por oficina técnica) Red NICASALUD, Estrategias de la ACCP para apoyar a las mujeres con cáncer cérvico uterino
23. Análisis de la situación de la salud de la mujer en Nicaragua, 1991 Pizarro Ana María. Servicios Integrales para la Mujer, SI-Mujer. Managua: SI-Mujer, (1992), 18p. <Condiciones de salud> <Salud reproductiva> <Aborto> <Mortalidad materna> <Cancer cervico-uterino> <Política de salud> <Datos estadísticos>
24. Prevención del cáncer cérvico uterino: Análisis de temas a fondo #2, Alianza para la Prevención del Cáncer Cérvico Uterino (ACCP), Agosto de 2004
25. Modulo: metodología de la investigación Lic. Manuel Martínez Moreira docente CIES Managua 2006.
26. Caracterización de un grupo de pacientes con cáncer cérvico uterino ingresadas en un servicio de radioterapia, Hospital Oncológico Docente Provincial, Conrado Benítez García. Santiago de Cuba Lic. Miriam Cabrera Fernández,¹ Dra. Mileibis Preval Pérez,² Lic. Rafaela Tamayo Barthelemy¹ y Enf. Marcia Hernández Gil³ Rev Cubana Enfermería.22,n.1; Ciudad de la Habana Jan.-abr.-2006

27. Diagnóstico de situación de los servicios de atención al CACU en 7 Silais de Nicaragua. USAID
28. Informe de Desarrollo Humano 2005, Las regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua.
29. Canasta Básica Alimentaria Nicaragua, 2005, MAGFOR, FAO, Unión Europea, Managua Nicaragua Noviembre 2005
30. Encuesta Nacional de Ingresos y gastos de los Hogares, 1998 – 1999 – 2005 Banco Central de Nicaragua, BCN e Instituto de Estadísticas y Censo, INEC.

ANEXOS

Operacionalización de Variables

VARIABLES	CONCEPTO	SUB VARIABLE	ESCALA O VALOR
Características Demográficos	Lo que constituye el carácter distintivo o la particularidad de alguien o una población	-Edad -Escolaridad -Ocupación -Estado civil -Etnia	20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 años Analfabeta, primaria, secundaria, Superior Ama de casa, profesional, otros soltera, casada, divorciada, viuda, acompañada Mestiza, creole, miskita
Repercusión Socio – cultural	Trascender, causar efecto una cosa en otra. Que concierne a la sociedad. Conjunto de conocimientos científicos, creencias y facultades humanas	-Vida social -Cuanto tiempo -Jefa de hogar -No de hijos que dependen -Hijos menores de 5 años -Cuidado de los hijos -Empleada	Si – No Tres meses, seis meses, un año, dos años, otro. Si - No 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Si – No Papa, hija mayor, mama, suegra, hermana, vecina, no necesitó cuidado Si - No

<p>Repercusión Socio – cultural</p>	<p>Trascender, causar efecto una cosa en otra. Que concierne a la sociedad. Conjunto de conocimientos científicos, creencias y facultades humanas</p>	<p>-Perdió su empleo</p> <p>-Sueldo de la paciente</p> <p>-Ingreso de la familia</p> <p>-Cuanto deja de percibir la familiar que acompaña</p> <p>Porque acudió al médico</p> <p>-Estadio clínico</p> <p>-Tiempo de espera citología cervical/Biopsia</p>	<p>Si - No</p> <p>Hasta 1000, 1001 - 2000, 2001-3000, 3001-4000, 4001-5000, 5001-6000, 6001-7000, 7001 - 8000</p> <p>Sin ingreso Hasta 1,000, 1,001-2,000, 2,001-3,000, 3,001-4,000, 4,001-5,000, 5,001-6,000, 6,001-7,000, 7,001 – 8,000 14,000 – 15,000, 15,001 – 16,000</p> <p>Hasta 1000, 1001 – 2000, no acompañante No pérdida, no necesidad de viajar.</p> <p>Chequeo, Dolor, flujo, sangrado, se sentía enferma, otros.</p> <p>Insitu/microinvasor Estadio clínico I Estadio clínico II Estadio clínico III Estadio clínico IV</p> <p>Hasta un mes 2 meses 3 meses 4 meses 5 meses</p>
---	---	--	--

<p>Repercusión Socio - cultural</p>	<p>Trascender, causar efecto una cosa en otra. Que concierne a la sociedad Conjunto de conocimientos científicos, creencias y facultades humanas</p>	<p>-En que unidad de salud realizo citología cervical /biopsia</p> <p>-Tiempo entre diagnóstico e inicio de tratamiento</p> <p>-Completo tratamiento</p> <p>-A que edad falleció</p> <p>Tiempo entre diagnóstico y fallecimiento</p>	<p>6 meses</p> <p>Centro de salud, Hospital, Privado, EMP, Otro.</p> <p>Un mes 2 meses 3 meses 4 meses 5 meses 6 meses Mayor de 6 meses</p> <p>Si - No</p> <p>20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69</p> <p>Un mes, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, un año, 2 años, mayor de 2 años.</p>
---	--	--	---

<p>Repercusión socio-cultural</p>	<p>Trascender, causar efecto una cosa en otra. Conjunto de conocimientos científicos, creencias y facultades humanas</p>	<p>Asistía a chequeo ginecológico</p> <p>-Dificultad para asistir a las unidades de salud</p> <p>-¿Cuales?</p> <p>Cuantos citologías realizó antes del diagnóstico</p> <p>-Hace cuanto tiempo realizó la última citología cervical</p> <p>-Su familia practica el chequeo ginecológico</p>	<p>Si – No</p> <p>Si - No</p> <p>Creencias, desinterés, miedo, pareja , pudor, muchas citas , económicas, no tenia dificultad, otros</p> <p>Ninguno, 1 – 2, 3 – 4, 5 – 6, 7 - 8</p> <p>Un año, dos años, Siete años, veinte años, nunca realizo, no se acuerda, no sabe.</p> <p>Si - No - algunas</p>
-----------------------------------	--	--	---

<p>Repercusión Socio - cultural</p>	<p>Trascender, causar efecto una cosa en otra. Conjunto de conocimientos científicos, creencias y facultades humanas</p>	<p>-Conoce la causa del cáncer cérvico uterino</p> <p>-¿Cual?</p> <p>-Como cree que se previene el CACU</p> <p>-Conoce la cura del CACU</p> <p>-Otra familiar con CACU</p> <p>-Afecto psicológicamente a la paciente</p>	<p>Si - No</p> <p>Hereditario Inf. Vaginal/HPV Maleficio Muchas parejas No acudir a chequeo No sabe, Otros (Mal trato del hombre)</p> <p>Acudir a chequeo, condón, hacer papanicolaou, no sabe, otros, (higiene etc.)</p> <p>Chequeo, operándose a tiempo o tratamiento, no tiene cura, no sabe, otros</p> <p>Si - No</p> <p>Si - No</p>
---	--	--	---

<p>Repercusión psicológico y sexual</p>	<p>Efecto sobre el bienestar mental y emocional de la paciente y los familiares. Así como la vida sexual de la paciente.</p>	<p>-¿Como?</p> <p>-Afecto su relación sexual</p> <p>-¿Como?</p> <p>-Comportamiento sexual de la paciente o su pareja</p> <p>-Trato que recibió de su pareja</p> <p>-Afecto algún miembro de la familia</p> <p>-¿Quien?</p> <p>-¿Como?</p>	<p>Depresión, auto-estima, sexualidad, no le afecto, otros.</p> <p>Si - No</p> <p>Dolor, frecuencia, miedo, no tiene interés, Otros</p> <p>Pareja múltiple (esposo, paciente, ambos o ninguno</p> <p>Apoyo, indiferencia, maltrato, no se dieron cuenta.</p> <p>Si - No</p> <p>Hijas, hijos, mama, otro</p> <p>Depresión, reprobó el año escolar, , económico, otros</p>
---	--	---	---

<p>Repercusión psicológico y sexual</p>	<p>Efecto sobre el bienestar mental y emocional de la paciente y los familiares. Así como la vida sexual de la paciente.</p>	<p>-Deserción escolar</p> <p>-Recibió apoyo psicológica la paciente</p> <p>-Recibió apoyo psicológico la familia</p>	<p>Si - No</p> <p>Si - No</p> <p>Si - No</p>
---	--	--	--

INSTRUMENTO
CUESTIONARIO no. 1

No. _____

I) Características demográficas:

1. Edad: _____
2. Escolaridad: Analfabeta _____ Primaria _____ Secundaria _____
Superior _____
3. Ocupación: _____
4. Estado civil: Casada _____ acompañada _____ Divorciada _____
Soltera _____ Viuda _____
5. Etnia : _____

II) Repercusión Socio-cultural:

6. ¿Afecto tu vida social? si ____ No ____ ¿Cuanto tiempo? _____
7. Paciente es la jefa de familia si _____ No _____
8. ¿Cuántos hijos dependen de usted? _____ ninguno ____
uno ____ dos ____ tres ____ cuatro ____ cinco ____ seis ____ siete ____
9. Tiene hijos menores de 5 años? Si ____ No _____
10. ¿Quién cuida a los niños cuando viaja? Papa _____ Hija mayor, mama _____,
hermana _____, suegra _____, vecina _____.
11. ¿Estaba empleada al momento de la enfermedad? Si ____ No _____

12. Perdió el empleo por esta enfermedad? Si____ No____

13. Sueldo de la paciente: Menor 1000____ 1001 – 2000____ 2001-3000____ 3001-4000____ 4001-5000____, 5001-6000____ 6001-7000____ 7001 – 8000____

14. Ingreso de la familia; No trabaja____ Menor 1,000____ 1,001-2,000____ 2,001-3,000____ 3,001-4,000____ 4,001-5,000____ 5,001-6,000____ 6,001-7,000____ 7,001 – 8,000____ 14,000 – 15,000____ 15,001 – 16,000____

15. ¿Cuanto deja de percibir el acompañante si trabaja?. Menos de 1000 ____1001 – 2000____ no acompañante____ no necesidad de viajar____ no perdida.____

16. Porque decidió acudir a la unidad de salud: chequeo____ dolor____flujo____sangrado____ se sentía enferma____

17. ¿En que estadio clínico fue diagnosticado su enfermedad?

18. ¿Cuanto tiempo tuvo que esperar su resultado de papanicolaou y/o biopsia? Hasta un mes____ dos meses____ tres meses____ cuatro meses____ cinco meses____ seis meses____

19. En que unidad de salud realizo citología cervical/biopsia; Centro de salud____ Hospital____Privado____ EMP____

20. ¿Tiempo transcurrido entre el diagnóstico de su enfermedad y el inicio de su tratamiento definitivo? Un mes____ Dos meses____ tres meses____ otro____

21. ¿Completo el tratamiento indicado por los médicos? Si____ No____

22. ¿Porque no? _____

23. ¿Acudía regularmente a chequeo ginecológico a alguna unidad de salud antes del diagnóstico? Si__ No_____

24. ¿Cual unidad de salud? Centro de Salud____ Hospital____ EMP____ Privado_____

25. ¿Tenia dificultad personal, familiar o cultural para asistir a la unidad de salud?
Creencias_____, miedo_____, pudor_____, familia_____, pareja_____,
Desinterés_____, económico_____

26. ¿Cuántas citologías cervicales se ha realizado en su vida antes del diagnóstico? -

27. Hace cuanto realizo su última citología cervical__-

28. ¿Luego de esta experiencia tus familiares asisten regularmente a chequeo ginecológico?

29. ¿Que cree que causa el cáncer cérvico uterino?-_____

30. ¿Como cree que se puede prevenir el cáncer uterino?_____

31. Como cree que se puede curar el cáncer cérvico uterino?_____

32. Otras familiares ha padecido CACU? Si _____ No_____

III) Repercusión psicológico y sexual:

33. ¿La afectó psicológicamente esta enfermedad? Si _____ No_____

34. ¿Como? Auto estima____depresión____ sexualidad, no le afecto

35. ¿Tiene algún efecto en su relación sexual? Si_____ No_____

36. ¿Como? Frecuencia____, deseo_____, miedo_____, dolor____no tiene interés_____

37. ¿Comportamiento sexual de la paciente y/o su pareja? (Múltiples pareja)

Esposo _____ Paciente _____, esposo _____ ambos _____, Ninguno _____

38. Trato que recibió de la pareja: Apoyo _____, Indiferencia _____, Maltrato _____ Otro _____

39. ¿Afecto algún miembro en especial? Si _____ NO _____ ¿Quién? Hija _____ Hijo _____
mama _____ Nieta _____ Todos _____

40. ¿Cómo? Depresión _____ económico _____ emocionalmente _____ Reprobó el año escolar _____

41. Deserción escolar Si _____ No _____

42. ¿Recibió algún tipo de apoyo psicológico la paciente?

43. ¿Recibió algún tipo de apoyo psicológico la familia?

INSTRUMENTO
CUESTIONARIO no 2

No. _____

I) Características demográficas de la paciente:

1. Edad: _____
2. Escolaridad: Analfabeta _____ Primaria _____ Secundaria _____
Superior _____
3. Ocupación: _____
4. Estado civil: Casada _____ acompañada _____ Divorciada _____
Soltera _____ Viuda _____
5. Etnia : _____
6. Parentesco _____

II) Repercusión Socio-cultural:

7. ¿Afecto su vida social? si ____ No ____ ¿Cuanto tiempo? _____
8. Paciente es la jefa de familia si _____ No _____
9. ¿Cuantos hijos dependían de ella? _____ ninguno ____
uno ____ dos ____ tres ____ cuatro ____ cinco ____ seis ____ siete _____
10. Tenia hijos menores de 5 años? Si ____ No _____
11. ¿Quién cuidaba a los niños cuando la paciente viajaba (fallecer)? Papa _____ Hija mayor,
mama _____, hermana _____, suegra _____, vecina _____.
12. Estaba empleada al momento de la enfermedad? Si ____ No _____

13. Perdió el empleo por esta enfermedad? Si____ No____

14. Sueldo de la paciente: Menor 1000____ 1001 – 2000____ 2001-3000____ 3001-4000____
4001-5000____, 5001-6000____ 6001-7000____ 7001 – 8000____

15. Ingreso de la familia No trabaja____ Menor 1,000____ 1,001-2,000____ 2,001-
3,000____ 3,001-4,000____ 4,001-5,000____ 5,001-6,000____ 6,001-7,000____
7,001 – 8,000____
14,000 – 15,000____ 15,001 – 16,000____

16. Cuanto deja de percibir el acompañante que trabajaba? Menos de 1000 ____ 1001 –
2000____ no acompañante____ no necesidad de viajar____ no perdida.____

17. Porque decidió acudir a la unidad de salud: chequeo____ dolor____ flujo____ sangrado____
se sentía enferma____

18. ¿Sabe en que estadio clínico fue diagnosticado la enfermedad?

19. ¿Cuanto tiempo tuvo que esperar el resultado de papanicolaou y/o biopsia? Hasta un
mes____ dos meses____ tres meses____ cuatro meses____ cinco meses____ seis
meses____

20. En que unidad de salud realizó citología cervical/biopsia; Centro de salud____
Hospital____ Privado____ EMP____

21. Tiempo transcurrido entre el diagnóstico de la enfermedad y el inicio del tratamiento
definitivo de la paciente? Un mes____ Dos meses____ tres meses____ otro____

22. ¿Completo el tratamiento indicado por los médicos? Si____ No____

23. ¿Porque no ? _____

24. ¿A que edad falleció? _____

25. Tiempo transcurrido entre diagnóstico y fallecimiento un mes ___ dos meses ___ cuatro meses ___ seis meses ___ nueve meses ___ 2 años ___ cuatro años ___ cinco años _____

26. Acudía regularmente a chequeo ginecológico a alguna unidad de salud antes del diagnóstico? Si ___ No _____

27. Cual unidad de salud? Centro de Salud ___ Hospital _____ EMP ___ Privado _____

28. ¿Tenía dificultad personal, familiar o cultural para asistir a la unidad de salud? Creencias _____, miedo _____, pudor _____, familia _____, pareja _____, desinterés, _____ -, económico _____

29. ¿Cuántas citologías cervicales realizó en su vida antes del diagnóstico? _____

30. Hacia cuanto había realizado la última citología cervical _____

31. ¿Luego de esta experiencia esta familia asiste regularmente a chequeo ginecológico?

32. ¿Que cree que causa el cáncer cérvico uterino? _____

33. ¿Como cree que se puede prevenir el cáncer uterino? _____

34. ¿Como cree que se puede curar el cáncer cérvico uterino? _____

35. ¿Otras familiares ha padecido CACU? Si _____ No _____

III) Repercusión psicológico y sexual:

36. ¿Afecto psicológicamente esta enfermedad a la paciente? Si _____ No _____

37. ¿Como? Auto estima _____ depresión _____ sexualidad, no le afecto

38. ¿Tuvo algún efecto en su relación sexual? Si _____ No _____

39. ¿Como? Frecuencia____, deseo____, miedo____, dolor____ no tiene interés____ -

40. ¿Comportamiento sexual de la paciente y/o su pareja? (Múltiples pareja)

Esposo ____ Paciente____, esposo____ ambos____, Ninguno____

41. Trato que recibió de la pareja: Apoyo____, Indiferencia____, Mal trato____ Otro

42. ¿Afecto algún miembro en especial? Si____ NO____ Quien? Hija____ Hijo____

mama____ Nieta____ Todos____

43. ¿Cómo? Depresión____ económico____ emocionalmente____ Reprobó el año escolar____

44. Deserción escolar Si____ No____

45. ¿Recibió algún tipo de apoyo psicológico la paciente?

46. ¿Recibió algún tipo de apoyo psicológico la familia?

Cuadros

Cuadro no. 1

Características Demográficas de las pacientes con CACU en el Hospital Regional "Dr. Ernesto Sequeira Blanco" de Bluefields, 2005 – 2006

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
Edad			
20 - 29	2	7.0%	
30 - 39	12	40.0%	
40 - 49	7	23.0%	
50 - 59	6	20.0%	83%
60 - 69	3	10.0%	
TOTAL	30	100%	
Escolaridad			
Analfabeta	10	33.3%	
Primaria	7	23.3%	57%
secundaria	10	33.3%	
Superior	3	10%	
TOTAL	30	100%	
Ocupación			
Ama de casa	15	50.0%	50%
Profesional	7	23.0%	-
Domestica	4	13.0%	
Comerciante	2	7.0%	
Lavandera y Conserje	2	7.0%	
TOTAL	30	100%	
Estado civil			
Acompañada	12	40.0%	
Casada	10	33.3%	73.3%
Soltera	4	13.3%	
Divorciada	2	6.7%	
Viuda	2	6.7%	
TOTAL	30	100%	
Etnia			
Mestiza	21	70.0%	70%
Creolle	8	26.7%	
Miskita	1	3.3%	
TOTAL	30	100%	

Fuente: Entrevista a paciente y/o familiar

Cuadro no. 1 a

Ocupación de las pacientes fallecidas con CACU en el Hospital Regional
"Dr. Ernesto Sequeira Blanco" de Bluefields, 2005 – 2006

n=12

Edad falleció	Ama de casa		Domestica		Comerciante		Profesional		Total	
		%		%		%		%		%
30 - 39	1		1		0		2		4	33
40 - 49	0		1		1		1		3	25
50 - 59	4		0		0		0		4	33
60 - 69	1		0		0		1		1	8
Total	6	(50%)	2	(16.6%)	1	(8.3%)	4	(33.3%)	12	100

Fuente: Entrevista a paciente y/o familiar

Cuadro 2

Familiar Entrevistado de las pacientes fallecidas con CACU en el Hospital Regional "Dr.
Ernesto Sequeira Blanco" de Bluefields, 2005 – 2006

n= 12

Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Hermana	3	25.0%
Hija	6	50%
Hijo	1	8.35
Nieta	1	8.3%
Cuñada	1	8.3%
Total	12	100.0%

Fuente: Entrevista a familiar

II. Repercusión socio-cultural

Cuadro 3

Vida Social de las pacientes con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Afecto su vida social	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	86.7%
No	4	13.3%
Total	30	100%

Fuente: Entrevista a paciente y/o familiar

Cuadro 3a

Tiempo Social afectado en las pacientes con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

n=26

Cuanto tiempo afecto vida social	Frecuencia	Porcentaje
Tres meses	10	38.5%
Seis meses	5	19.2%
Un año	4	15.3%
Dos años	4	15.3%
Cinco años	2	7.7%
Cuatro años	1	3.8%
Total	26	100%

Fuente: Entrevista a paciente y/o familiar
4 no le afectó

Cuadro 4

Pacientes jefa de hogar con Diagnóstico de CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Paciente es jefa de hogar	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	30.0%
No	21	70.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Entrevista a paciente y/o familiar

Cuadro 4a

Pacientes jefas de hogar fallecidas con CACU del Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

n=12

Edad fallecida	Jeja de hogar				Total	%
	SI	%	NO	%		
30 - 39	3		1		4	33.3
40 - 49	1		2		3	25.0
50 - 59	0		4		4	33.3
60 - 69	0		1		1	8.3
Total	4	(33)	8	(66.)	12	(100)

Fuente: Entrevista a paciente y/o familiar

Cuadro 5

Hijos Dependientes de Pacientes con CACU en el Hospital Regional "Dr. Ernesto Sequeira Blanco" de Bluefields, 2005 – 2006

Hijos dependientes	Frecuencia	Porcentaje
ninguno	8	26.7%
1	6	20.0%
2	6	20.0%
3	3	10.0%
4	2	6.7%
5	2	6.7%
6	1	3.3%
7	2	6.7%
Total	30	100.0%

Fuente: Entrevista a paciente y/o familia

Cuadro 5a

Pacientes fallecidas con hijos dependientes, atendidas con Diagnóstico de CACU en el Hospital Regional Dr. Ernesto Sequeira Blanco de Bluefields, 2005 – 2006

n=12

Cuantos hijos dependientes												
A	que	0	%	1	2	3	4	5	6	7	Total	Porcentaje
edad												
falleció												
30 -39				2				1		1	4	33.3 %
40 -49	2			1		1					4	33.3 %
50 -59	2			1							3	25.0 %
60 -69	1										1	8.3 %
Total	5			4		1		1		1	12	
	(42%)			(33%)	0	(8.3%)	0	(8.3%)	0	(8.3%)		100%

Fuente: Entrevista familiar

Cuadro 6

Hijos Menores de 5 años de las Pacientes con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Hijos menores de 5 años	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	23.3%
No	23	76.7%
Total	30	100.0%

Fuente Entrevista a paciente y/o familiar

Cuadro 6a

Pacientes fallecidas con hijos menores de 5 años con CACU del Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

n= 12

A que edad falleció	Hijos menores de 5 años	
	SI	NO
30 – 39	2	2
40 - 49	0	3
50 - 59	0	4
60 – 69	0	1
Total	2 (16.7%)	10 (83.3%)

Fuente: Entrevista a familiar

Cuadro 7

Quien Cuida Niños, de las pacientes con CACU del Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

¿Quien cuida niños al viajar o fallecer la paciente?	Frecuencia	Porcentaje
Mama	5	16.7%
Papa	5	16.7%
Suegra	3	10.0%
Hija mayor	3	10.0%
Hermana	1	3.3%
Vecina	1	3.3%
No necesitó cuido	12	40.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Entrevista a paciente y/o familiar

Cuadro 8

Empleo de las pacientes con CACU del Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

n=15

Empleo	Frecuencia	Porcentaje	%
Estaba empleada al momento de enfermarse			
Si	15	50.0	
No	15	50.0	
Total	30	100%	
Perdió su empleo por la enfermedad			
No	6	40.0	
Si	9	60.0	
Total	15	100%	

Fuente: Entrevista a paciente y/o familiar

Cuadro 8a

Sueldo de las pacientes con CACU del Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

n=15

Sueldo de la paciente	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 1000	9	60.0%
1,001- 2000	1	6.6%
3001-4000	3	20.0%
5001-6000	1	6.6%
7001-8000	1	6.6%
Total	15	100%

Fuente: Entrevista a pacientes y/o familiar
15 no trabajaban (50%)

Cuadro 9

Ingreso de la familia de las pacientes con CACU en el Hospital Regional. “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Ingreso de la familia	Frecuencia	Porcentaje
Sin ingreso	3	10.0%
Hasta 1000	5	16.6%
1001-2000	9	30.0%
2001- 3000	5	16.6%
3001-4000	4	13.3%
7001-8000	2	6.6%
14000-15000	1	3.3%
15001-16000	1	3.3%
Total	30	100.0%

Fuente: Entrevista a pacientes y/o familiar

Cuadro 10

Deja de percibir el acompañante de las pacientes con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Deja de percibir el acompañante que trabaja	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 1000	4	13.3%
1001 – 2000	1	3.3%
No acompañante	5	16.6%
No perdida	10	33.3%
No viaje	10	33.3%
Total	30	100%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 11

Sintomatología por cual acudió las pacientes con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Sintomatología al momento del Dx	Frecuencia	Porcentaje
Chequeo	4	13.3%
Dolor b/v	14	46.7%
Flujo	1	3.3%
Sangrado	9	30.0%
Se Sentía Enferma	2	6.7%
Total	30	100.0%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 12

Estadio clínico del Diagnóstico de las pacientes con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Estadio en que fue diagnosticado	Frecuencia	Porcentaje
Estadio clínico I	1	3.3%
Estadio clínico II	8	26.7%
Estadio clínico III	5	16.7%
Estadio clínico IV	6	20.0%
Insitu o Microinvasor	10	33.3%
Total	30	100.0%

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 13

Tiempo de espera Papanicolaou/Biopsia de las pacientes con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Tiempo de espera resultado de citología y/o biopsia, del diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Hasta un mes	15	50%
2 meses	5	16.7%
3 meses	5	16.7%
4 meses	2	6.7%
6 meses	3	10.0%
Total	30	100%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 14

Donde realizó citología cervical las pacientes con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Citología cervical que Diagnóstico CACU	Frecuencia	Porcentaje
Centro de salud	10	33.3%
Hospital	8	26.7%
Privado	12	40.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 14a

Donde realizó Biopsia las pacientes con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Biopsia que Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Privado	4	13.3%
Hospital	25	83.3%
Empresa Médica	1	3.3
Total	30	100 %

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 15

Tiempo transcurrido entre Diagnóstico y Tratamiento de las pacientes con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Tiempo transcurrido entre Dx e inicio de Tx Definitivo	Frecuencia	Porcentaje
Un mes	21	70%
Dos meses	1	3.3%
Tres meses	7	23.3%
No recibió Tratamiento	1	3.3%
Total	30	100%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 16

Completo el tratamiento indicado las pacientes con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Completo el tratamiento indicado	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	66.7%
No	10	33.3%
Total	30	100.0%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 16a

Causas de incumplimiento de tratamiento en pacientes con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

n=10

Causa de incumplimiento de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Abandono	1	10.0%
Avanzado	6	60.0%
Económico	3	30.0%
Total	10	100.0%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 17

Edad de pacientes fallecidas con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

n=12

A que edad falleció	Frecuencia	Porcentaje	Años potencialmente perdidos	Acumulado
33 años	2	16.6	40	80
39 años	2	16.6	34	68
41 años	1	8.3	32	32
45 años	2	16.6	28	56
51 años	1	8.3	22	22
52 años	2	16.6	21	42
54 años	1	8.3	19	19
64 años	1	8.3	9	9
Total	12	100.0%	(27.3 ^a)	328

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 18

Tiempo de Fallecimiento post Diagnóstico de las pacientes con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

n=12

Tiempo de fallecimiento post Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje %
1 mes	1	8.3 %
2 meses	2	16.6 %
4 meses	2	16.6 %
6 meses	1	8.3 %
9 meses	2	16.6 %
2 años	1	8.3 %
4 años	1	8.3 %
5 años	2	16.6 %
Total	12	100.0%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 19

Acudia a chequeo Ginecológico antes del Diagnóstico, las pacientes con CACU del Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Acudía a chequeo ginecológico unidad de salud	Frecuencia	Porcentaje
No	11	36.7%
Si	19	63.3%
Total	30	100.0%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 19a

Unidad de salud a la que asistía para chequeo las pacientes con CACU en el Hospital Regional "Dr. Ernesto Sequeira Blanco" de Bluefields, 2005 – 2006

n=19

Unidad de salud	Frecuencia	Porcentaje
Centro de Salud	10	52.6%
Hospital	4	21.1%
Privado	3	15.8%
Empresa médica	2	10.5%
Total	19	100.0%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 20

Chequeo regular con estadio clínico de las pacientes con CACU del Hospital Regional "Dr. Ernesto Sequeira Blanco" de Bluefields, 2005 – 2006

Acudia regularmente a chequeo	Insitu/Microinvasor	Estadio Diagnóstico				Total	Porcentaje
		Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV		
SI	6 (37%)	1	7	2	3 (63%)	19	63.3%
NO	4 (36%)	0	1	3	3 (64%)	11	36.7%
Total	10	1	8	5	6	30	100%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 21

Dificultad para asistir a las unidades de salud en las pacientes con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Dificultad Personal, Familiar o Cultural	Frecuencia	Porcentaje
Miedo	6	20.0%
Pudor	4	13.3%
Desinterés	3	10.0%
Pareja	3	10.0%
Cultural (Creencias, idioma)	4	13.3%
No dificultad	10	33.3%
Total	30	100.0%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 22

Numero de citologías cervicales realizados antes del diagnóstico por las pacientes, con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Numero de citologías cervical	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	10	33.3%
1 - 2	7	23.4%
3 - 4	10	33.3%
5 - 8	3	10.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 23

Ultimo citología realizada antes del diagnóstico de las pacientes atendidas con CACU en el Hospital Regional "Dr. Ernesto Sequeira Blanco" de Bluefields, 2005 – 2006

Hace cuanto realizo la ultima citología cervical	Mujeres sobrevivientes		Familiar		Total	Porcentaje
	No.	%	No	%		
Un año	4	13.2%	1	3.4	5	16.6%
Dos años	2	6.6	0	0.0	2	6.6
Siete años	0	0.0	1	3.3	1	3.3
Veinte años	0	0.0	1	3.3	1	3.3
Nunca realizó	7	23.3	2	6.7	9	30.0
No se acuerda o No Sabe	5	16.7	7	23.3	12	40.0
Total	18	60.0%	12	40.0%	30	100%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 24

Conoce las Causas del Cáncer Cérvico uterino, las pacientes y/o familiar con CACU en el Hospital Regional "Dr. Ernesto Sequeira Blanco" de Bluefields, 2005 – 2006

¿Que cree que causa el Cáncer Cérvico uterino?	Mujeres sobrevivientes		Familiar		Frecuencia	Porcentaje
	No.	%	No	%		
Hereditario	1	3.3	1	3.3	2	6.7
Inf. Vag. /HPV	2	6.7	4	13.3	6	20.0
Maleficio	1	3.3	0	0.0	1	3.3
Maltrato del hombre	1	3.3	1	3.3	2	6.7
Muchas parejas	1	3.3	1	3.3	2	6.7
No acudir a chequeo	3	10.0	0	0.0	3	10.0
No sabe	9	30.0	5	16.6	14	46.6
Total	18	60%	12	40%	30	100%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 25

Como cree que se puede prevenir el Cáncer Cérvico Uterino las pacientes y/o familiar con CACU en el Hospital Regional "Dr. Ernesto Sequeira Blanco" de Bluefields, 2005 – 2006

¿Como cree que se puede prevenir el cáncer Cu?	Mujeres sobrevivientes		Familiar		TOTAL	
	No.	%	No	%	no.	%
Acudir a chequeo	4	13.3	4	13.3	8	26.7
Higiene	1	3.3	0	0.0	1	3.3
No sabe	9	30.0	3	10.0	12	40.0
Condón	0	0.0	1	3.3	1	3.3
Papanicolaou	4	13.3	4	13.3	8	26.7
Total	18	60%	12	40%	30	100%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 26

Conoce la cura del CACU, las pacientes y/o familiar con CACU en el Hospital Regional "Dr. Ernesto Sequeira Blanco" de Bluefields, 2005 – 2006

¿Como cree que se puede curar el cáncer?	Mujeres sobrevivientes		Familiar		Frecuencia	
	No.	%	No	%		%
chequeo	3	10.0	0	0.0	3	10.0
No Sabe	9	30.0	6	20.0	15	50.0
No tiene cura	1	3.3	0	0.0	1	3.3
Operándose o tratamiento	5	16.7	6	20.0	11	36.7
Total	18	60%	12	40%	30	100%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 27

Practica Chequeo Ginecológico las familiares de las pacientes con CACU del Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Luego de esta experiencia la familia asiste regularmente a chequeo	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	50.0
Algunas	7	23.3
No	8	26.7
Total	30	100%
Otra familiar con cáncer		
Si	7	23.3
No	23	76.7
Total	30	100%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

IV. Repercusión Psicológica y Sexual

Cuadro no 28

Afectación psicológica de las paciente con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Afectación psicológica de las pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Autoestima	5	16.7%
Depresión	19	63.3%
Nervios	1	3.3%
No le afectó	3	10.0%
Sexualidad	2	6.7%
Total	30	100.0%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 29

Afectó la relación sexual de las pacientes con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

n = 22

Afecto su relación sexual	Frecuencia	Porcentaje
No	5	23.0%
Si	17	77.0%
Total	22	100.0%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar
8 no tenía pareja

Cuadro 29a

Efecto en la relación sexual de las pacientes con CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

n=17

Como	Frecuencia	Porcentaje
Separación	3	17.6%
Dolor	3	17.6%
Frecuencia	2	11.7%
Miedo	4	23.5%
No tiene interés	5	29.4%
Total	17	100.0%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar
8 no tiene pareja y 5 no afectó

Cuadro 30

Comportamiento sexual de las parejas y pacientes con CACU del Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Comportamiento sexual múltiples parejas	Frecuencia	Porcentaje
Esposo	12	40.0%
Ambos	7	23.3%
Ninguno	11	36.7%
Total	30	100.0%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 31

Trato que recibió de sus parejas las pacientes atendidas con Diagnóstico de CACU en el Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

n=22

Trato de la pareja	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo	11	50.0%
Mal trato	5	22.7%
No se dieron cuenta	4	18.0%
Indiferencia	2	9.0%
Total	22	100.0%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar
8 no tenía pareja

Cuadro 32

Afectó algún miembro de la familia de las pacientes con CACU del Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

Afectó algún miembro en especial	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	76.7%
No	7	23.3%
Total	30	100.0%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 32a

Miembros de la familia afectados de las pacientes con CACU del Hospital Regional “Dr. Ernesto Sequeira Blanco” de Bluefields, 2005 – 2006

n=23

Miembros de la familia afectados	Frecuencia	Porcentaje
Hijas	12	52.0%
Hijos	5	21.7%
Mama	3	13.0%
Nieta	1	4.3%
Todos	2	8.6%
Total	23	100.0%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familia

Cuadro 33

Manifestaciones psicológicas en la familia de las pacientes con CACU en el Hospital Regional "Dr. Ernesto Sequeira Blanco" de Bluefields, 2005 – 2006

n=23

Como	Frecuencia	Porcentaje
Amargada, perdió empleo, clases	1	4.3%
Reprobó el año escolar	4	17.3%
Depresión	12	52.1%
Económico	2	8.7%
Emocionalmente	3	13.0%
Son mas cariñosos	1	4.3%
Total	23	100.0%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar
Familias 7 no afectadas

Cuadro 33 a

Dejo el colegio alguno de los niños de las pacientes con CACU del Hospital Regional "Dr. Ernesto Sequeira Blanco" de Bluefields, 2005 – 2006

n = 15

Dejo el colegio alguno de los niños	Frecuencia	Porcentaje
No	8	53.3
Si	7	46.7
Total	15	100%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar

Cuadro 34

Apoyo Psicológico a las pacientes con CACU y sus familiares del Hospital Regional "Dr. Ernesto Sequeira Blanco" de Bluefields, 2005 – 2006

Recibió apoyo Psicológico	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	43.3
No	17	56.7
Total	30	100%
Apoyo Psicológico a los miembros de la familia		
Si	6	20.0
No	24	80.0
Total	30	100%

Fuente: Entrevista a la paciente y/o familiar